

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDEN HASTA MEMNUNİYET  
DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ VE HASTA MEMNUNİYET  
ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ**

**Emre KARASU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**Danışman**

**Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK**

**KONYA-2018**

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Emre KARASU tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı Prof. Dr. Mustafa ÖZATA

İmza 

Danışman Doç. Dr. Selma Zeynep ÖZDEK

İmza 

Üye D.Öğ.Üç. Mehmet YORULMAZ

İmza 

ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu .....tarih ve .....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ender ERDOĞAN

Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Öncelikle bu tez çalışmasının ve sonucunda elde edilen bulguların bilim dünyasına katkı sağlamasını temenni ediyorum.

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesi süresince emeğini esirgemeyip yol gösteren ve beni sabırla destekleyen çok değerli hocam Prof. Dr. Musa ÖZATA' ya,

Çalışma sürecim boyunca benden desteklerini esirgemeyen danışmanım çok değerli hocam Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK' e,

Çalışma süresince ve çalışmanın tamamlanmasında sabırla bana yardımcı olan, fikir veren değerli hocam Araş. Gör. Ramazan KIRAÇ' a,

Çalışmam süresince yardımcı olan ve desteklerini esirgemeyen Aksaray 112 Acil Sağlık Şube Müdürü Can CANSIZLAR ve Aksaray 112 Komuta Kontrol Merkezi çalışanlarına,

Beni bugünlere getiren ve çok emekleri geçen çok değerli aile büyüklerim anneme ve babama,

Bana maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman üzerimden eksik etmeyen, sürekli azim ve cesaret veren çok kıymetli eşim Lale KARASU' ya,

Kendisiyle oyun oynamamı bekleyen, çalışmam süresince vakit ayıramadığım kıymetli yavrum canım oğlum Kerem Talha' ya,

SONSUZ teşekkürlerimi sunarım...

Emre KARASU

Konya-2018

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>Sayfa</b>
SİMGELER VE KISALTMALAR	iv
ÖZET	v
SUMMARY	vi
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri	2
1.2. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Hizmetleri İçerisindeki Yeri	10
1.3. 112 Acil Sağlık Hizmetleri ve Önemi	11
1.4. Dünya'da Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi	18
1.5. Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi	21
1.6. Dünya'da Uygulanan Acil Sağlık Sistemleri	24
1.6.1. Anglo-Amerikan Model	24
1.6.2. Franko-German Model	25
1.6.3. Sınıflandırılmayan Modeller	25
1.6.4. Dünya'da Kullanılan Acil Çağrı Numaraları	26
1.6.5. Ülkemizde Uygulanan Acil Sağlık Sistemi	27
1.7. Memnuniyet Kavramı ve Hasta Memnuniyeti	29
1.7.1. Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet	30
1.7.2. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet	34
1.8. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Konusunda Yapılmış Çalışmalar	36

<b>2. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>39</b>
2.1. Araştırmanın Amacı	39
2.2. Araştırmanın Önemi	39
2.3. Araştırmanın Tipi	40
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
2.5. Araştırmanın Etiği	40
2.6. Araştırma Verilerinin Toplanması	40
2.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	41
2.8. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	45
2.8.1. Açıklayıcı Faktör Analizi	47
2.8.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi	47
2.8.3. Uyum İndeksleri	48
<b>3. BULGULAR</b>	<b>49</b>
<b>4. TARTIŞMA</b>	<b>68</b>
<b>5. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	<b>74</b>
<b>6. KAYNAKLAR</b>	<b>75</b>
<b>7. EKLER</b>	<b>79</b>
EK A: Etik Kurul Kararı	79
EK B: Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Belgesi	80
<b>8. ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>81</b>

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

AABT : Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri

AB : Avrupa Birliği

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ASYH : Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği

ATT : Acil Tıp Teknisyeni

CFI : Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)

CPR : Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon (Canlandırma)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GFI : Goodness of Fit Index (İyilik Uyum İndeksi)

IFI : Incremental Fit Index ( Artırmalı Uyum İndeksi)

KGO : Kapsam Geçerlilik Oranı

KMO : Kaiser - Meyer - Olkin Testi

KS : Kolmogorov - Smirnov Testi

NCSE : National Center for Science Education (Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi)

NHTSA: National Highway Traffic Safety Administration (Amerikan Ulusal Trafik Güvenlik Kurulu)

RMR : Root Mean Square Residual (Ortalama Hataların Karekökü)

RMSEA : Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)

SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu

## ÖZET

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

### 112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Hasta Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi Ve Hasta Memnuniyet Ölçeğinin Geliştirilmesi

Emre KARASU

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2018

Bu çalışmanın temel amacı "112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçeği'nin" geliştirilmesi, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılarak literatüre kazandırılmasıdır. Çalışma tanımlayıcı ve retrospektif özellikte olup 2015 yılında Aksaray il merkezinde 112 acil sağlık hizmetlerinden hizmet alan hasta ve hasta yakınları üzerinde gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin geliştirilmesi sürecinde ilk olarak 40 maddeden oluşan taslak bir soru havuzu oluşturulmuştur. Soru havuzundaki maddelerin içerik ve kapsam açısından uygunluğunu değerlendirmek için Kapsam Geçerlilik Oranı-KGO- (Content Validity Ratio/Index) indeksi hesaplanmış ve KGO indeksi 0,62 altında kalan maddeler soru havuzundan çıkarılmıştır. Sonuçta 8 madde elenerek 32 maddeden oluşan bir envantere ulaşılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık denetiminde Madde-Toplam-Madde korelasyonları ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Geliştirilen ölçeğin yapı geçerliliği ise Açımlayıcı (Exploratory) Faktör Analizi ve Doğrulamalı (Confirmatory) Faktör Analizi ile yapılmıştır. Araştırmadan toplanan veriler SPSS 20.0 ve SPSS AMOS 23.0 paket programında analiz edilmiştir.

Bu çalışmada Kaiser-Meyer-Olkin Analizi sonucu 0,636 ve Bartlett Testi sonucu 10133,638 olarak saptanmış her iki test sonucu da  $p < 0,01$  önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Ölçeğin faktör yapısının incelenmesinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) ve Varimax Rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Faktör analizi sonucunda maddelerin faktör yükü değerlerinin 0,304 ile 0,755 arasında olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, faktör yükü değeri 0,30 ve üzerinde olanların analize alınması uygun görülmüş ve ölçekteki 30 madde bu özelliğe sahip olduğundan sonuçta 4 boyutlu ve 30 maddeli bir ölçek elde edilmiştir. 30 maddenin, 4 boyutta açıkladığı (ambulans personeli boyutu, çağrı karşılayan personel boyutu, olay yeri hizmet sunumu boyutu, ambulans teknik donanım boyutu) varyans, toplam varyansın % 58,848' ini oluşturmaktadır. Daha sonra veriler doğrulamalı faktör analizine tabi tutulmuş, regresyon katsayısı düşük olan 4 madde daha ölçekten çıkarılmıştır. Oluşturulan ölçek modelinden elde edilen uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu saptanmıştır. Bu nedenle açımlayıcı faktör analizi ile ulaşılan memnuniyet ölçeğinin geçerliliği doğrulamalı faktör analizi ile teyit edilmiştir. Netice olarak yapılan bütün analizler sonucunda 4 boyutlu ve 26 maddeli bir ölçek modeli geliştirilmiştir. Geliştirilen ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının 0,907 olması sebebiyle ileri düzeyde güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Geliştirilen ölçekten elde edilen verilerden her bir maddenin ortalama puanı hesaplanmış ve ölçek ortalama puanı saptanmıştır. Çalışmada maddelerin genel cevap ortalaması 4,3808 olarak tespit edilmiş olup, Aksaray ilinde 112 acil sağlık hizmetlerinden % 87,61 oranında genel memnuniyet düzeyi saptanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Acil sağlık hizmetleri; hasta memnuniyeti; hasta memnuniyet ölçeği.

## SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY  
SELÇUK UNIVERSITY  
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

### **Determination of Patient Satisfaction Level from 112 Emergency Health Services and Development of Patient Satisfaction Scale**

**Emre KARASU**

**Department of Health Management**

**MASTER THESIS / KONYA-2018**

The main purpose of this study is to develop the "112 Patient Satisfaction Scale for Emergency Health Services", to gain the literature by analyzing the validity and reliability of the scale. The study was descriptive and retrospective and was conducted on patients and their relatives who served 112 emergency health services in Aksaray province in 2015. During the development of the scale, a draft questionnaire consisting of 40 items was first created. Content Validity Ratio / Index was calculated to evaluate suitability of the items in the question pool in terms of content and scope, and the items below the content validity index 0,62 were excluded from the question pool. As a result, 8 items were sieved, resulting in an inventory of 32 items. Item-total-item correlations and Cronbach Alpha reliability coefficients were used in the internal consistency control of the scale. Structural validity of the developed scale was done by Exploratory Factor Analysis and Confirmatory Factor Analysis. Data collected without research were analyzed in SPSS 20.0 and SPSS AMOS 23.0 package program.

In this study, Kaiser-Meyer-Olkin analysis was found to be 0,636 and Bartlett test result was 10133,638. Both test results were significant at  $p < 0,01$  significance level. Principal Component Analysis and Varimax Rotation method were used to examine the factor structure of the scale. As a result of the factor analysis, it was determined that the factor loadings of the items ranged from 0,304 to 0,755. In the study, it was deemed appropriate to take an analysis of factors with a factor load of 0.30 or more, and 30 items in the measure had this feature, resulting in a 4-dimensional and 30-item scale. The variance explained by 30 items in 4 dimensions (ambulance staff dimension, call meeting staff dimension, scene service presentation dimension, ambulance technical equipment dimension) constitute 58,848% of the total variance. Subsequently, the data were subjected to confirmatory factor analysis and four items with low regression coefficients were subtracted from the scale. It has been determined that the fit indices obtained from the generated scale model are within the acceptable limits. For this reason, the validity of the satisfaction scale reached by exploratory factor analysis was confirmed by confirmatory factor analysis. As a result, a 4-dimensional and 26-item scale model was developed as a result of all analyzes. The Cronbach Alpha internal consistency coefficient of the developed scale was 0.907, indicating that it is highly reliable.

The average score of each item was calculated from the data obtained from the developed scale and the scale average score was determined. The overall average of the responses in the study was determined as 4,3808 and 87,61% of the 112 emergency health services in Aksaray proved to be the overall satisfaction level.

**Key Words:** Emergency health services; patient satisfaction; patient satisfaction scale.



## 1. GİRİŞ

Sağlık hakkı veya sağlıklı bir şekilde yaşama hakkı temel insan hakları alanındaki en temel haklardan birisidir. Bu yüzden dünyada her alanda yaşanan gelişmelere paralel olarak sağlık alanında da her geçen gün bir dizi gelişmeler yaşanmaktadır. Yaşanan her gelişmenin amacı altında şüphesiz insanlara daha iyi bir sağlıklı yaşama hakkı sunmak yatmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi şüphesiz hizmet alan bütün hastalar için çok önemlidir. Hasta memnuniyeti ise sağlık hizmetlerinde en belirgin kalite kriterlerinden birisidir. "112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Hasta Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi ve Hasta Memnuniyet Ölçeğinin Geliştirilmesi" başlıklı tez çalışmasında dünyada ve ülkemizde uygulanan 112 acil sağlık sistemleri hakkında bilgi verilerek bu hizmetlerin önemi anlatılmaya çalışılmıştır.

Bu alanda literatürü incelediğimizde geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş 112 acil sağlık hizmetlerinden memnuniyet ölçeğine rastlanılmamıştır. Çalışma sonucunda elde edilecek ölçüm aracı ile hem ulusal hem de uluslararası düzeyde kullanılabilir, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracının literatüre kazandırılması sağlanacaktır. Dolayısıyla bu çalışma sonucunda elde edilecek ölçüm aracının 112 acil sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin ölçülmesinde kullanılarak bilime katkı sağlayacağı öngörülmüştür.

Bu bağlamda bu tez çalışmasının temel amacı "112 acil sağlık hizmetlerinden hasta memnuniyet düzeyinin belirlenmesi ve hasta memnuniyet ölçeğinin geliştirilmesi" dir. Araştırmanın alt amaçları ise şu şekilde sıralanabilir:

a) 112 sisteminin ve hasta memnuniyeti kavramının kavramsal olarak incelenmesi,

b) 112 acil sağlık hizmetlerinden hasta memnuniyet düzeyinin belirlenerek, memnuniyeti etkileyen faktörlerin tespit edilmesi,

c) Verilen 112 hizmetlerinin etkinliğinin ortaya konularak, sağlık yöneticilerinin konuya dikkatinin çekilmesi ve önerilerde bulunulması hedeflenmiştir.

## 1.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri

Her ulusun ve devletin sağlık problemleri, imkanları, kaynakları ve öncelikleri farklı farklı olduğu için verilen sağlık hizmetlerinin arzı, finanse edilmesi, denetlenmesi ve örgütlenmesi hususunda birbirinden farklı uygulamalar karşımıza çıkmaktadır. Bu uygulamalar üzerinde herhangi bir yaptırım kuvveti olmasa da mutlak etkililiği olan sağlıkla ilgili uluslararası bir kuruluş bulunmaktadır ki bu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'dür. Türkiye ise Birleşmiş Milletler Teşkilatının bir alt kuruluşu olan Dünya Sağlık Örgütü'ne üyedir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık alanında çalışmalar yapmakta, üye ülkelere sağlık konularında zaman zaman tavsiye niteliğinde raporlar duyurmaktadır (Hayran ve Sur 1998).

Sağlıklı bir nüfus kitlesi, sağlıklı fertlerden meydana gelir. Fertlerin sağlıklı olmaları ise hem sağlık hizmetlerini gereken biçimde kullanmaları hem de sağlık ve hastalık kavramlarına gereken ehemmiyeti göstermeleriyle alakalıdır.

Buradan hareketle sağlık kavramının tanımını yapacak olursak çeşitli bilimler, kendine özgü bakış açısıyla sağlığı tanımlamaya çalışmışlardır. Altındış (2016)'e göre, sağlık kavramının üç temel bakış açısıyla tanımlandığı görülmektedir. Bunlar,

- Geleneksel tıp yönünden sağlık tanımı
- Dünya Sağlık Örgütü' nün sağlık tanımı
- Ekolojik yönden sağlık tanımı

Geleneksel tıp yönünden sağlık kavramı, sağlığın en eski tanımlarından olup "herhangi bir hastalığın olmaması durumu" olarak ifade edilir. Bu görüş daha çok sağlık profesyonelleri arasında yaygın olup yalnızca hastalığın yokluğu yani insan vücudunun değişik yerlerinde birtakım patolojik bulgu ve hastalık belirtilerinin olmaması şeklinde kabul görmüştür. Bu yaklaşım insan vücudunu bir bütün olarak ele almazken daha çok belli hastalıklar ile vücudun uzuvları üzerinde aşırı olarak durur. İnsanı bütün olarak ele almaması yani sosyal ve ruhsal yönünden değerlendirmemesi en önemli handikapıdır (Altındış 2016).

Dünya Sağlık Örgütü' nün sağlık tanımına baktığımızda 1948 tarihli Dünya Sağlık Örgütü Tüzüğü' ne göre "Sağlık, yalnızca sakatlık veya hastalığın olmaması

durumu değil, kişinin bedensel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumu" olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tanıma göre "tam" ve "iyilik" kavramlarının ölçülmesinin yanında açıklanmasının da çok zor olmasına rağmen "sosyal" iyilik kavramının yer alması çok değerli bir gelişme olarak görülmelidir (Hayran ve Sur 1998, Yerebakan 2000).

Ekolojik yönden sağlık tanımına bakacak olursak kişinin çevreye uyumu ve yaşantısını idame ettirmesine yönelik işlevleri yerine getirebilme durumudur. Bunlar çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyüp yaşlanabilme, acı çekebilme, ölümü huzurlu bir biçimde bekleyebilme gibi olguları kapsamaktadır. Ekolojik yaklaşımda önemli olan husus kısacası bireyin çevresine adapte olabilmesidir. Çünkü sağlıklı bir birey çevresi ile rahat ve başarılı şekilde uyum sağlayabilir (Altındış 2016).

Kızılcılık (1996) ise sağlık kavramını şu şekilde tanımlamıştır: "Sağlık, sadece belirli bir toplumdaki bireylerin hastalık, sakatlık ve rahatsızlığının olmayışı değil, bunun yanında o toplumdaki bireylerin akılsal, fiziksel, ekolojik, ekonomik, kültürel, siyasal ve toplumsal bakımdan tam bir huzur, denge, harmoni, uyum ve iyilik içinde bulunma durumudur". Burada sağlık kavramına pek çok açıdan değinmiş, tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlığın çok boyutlu olduğunu ortaya koymuştur.

Öztürk (2000) sağlık hizmetleri kavramının tanımını şu şekilde yapmıştır: "Sağlık hizmetleri, tıp bilimleri ve psikiyatri bilimi tarafından kabul edilmiş ölçüler içinde bireyin sağlığını korumak, tedavi ve rehabilite etmek, toplumun sosyal ve çevresel yaşam standartlarını yükseltmek amacıyla konularında uluslararası standartlara uygun yüksek öğrenim görmüş nitelikli insan kaynaklarını, ileri teknoloji ürünü cihazları kullanmak suretiyle kamu, özel girişimciler, sivil toplum kuruluşları, yerel yönetimler ve diğer kuruluşlar aracılığıyla sunulan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamıdır".

Kızılcılık'e (1996) göre sağlık fiziki, ruhsal, toplumsal ve kültürel yönleri olan çok boyutlu bir olgudur. Bu boyutlar genelde birbirini etkiler ve etkileşim içindedir. Bireyin tam olarak sağlıklı olduğunu hissetmesi için bu boyutların

yeterince dengelenmesi ve bütünleşmesi gerekmektedir. Zaten bu boyutların dengelendiği an sağlıklı olma hissinin en güçlü olduğu andır.

Temel sağlık hizmeti, insanların yaşadığı yerlere mümkün olan en yakın biçimde sunulan, toplumun ekonomik ve sosyal gelişiminin önemli bir parçası olan sağlık sisteminin özüdür. Temel sağlık hizmeti toplumda, ailelerin ve fertlerin ulusal bazda sağlık sistemiyle karşılaştıkları ilk noktadır (Kızılçelik 1996).

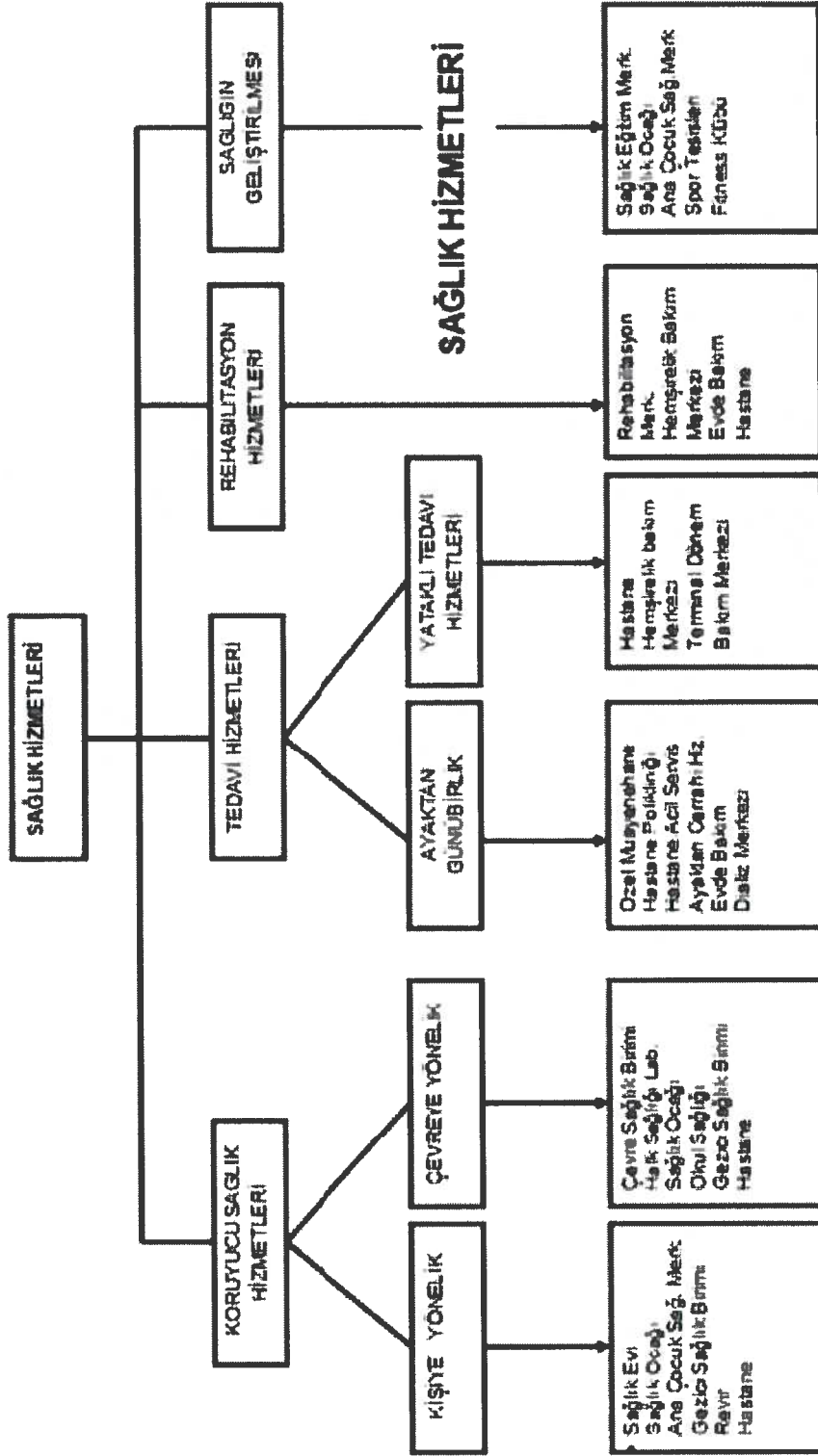
Yaşadığımız son yüzyılda gelişmiş batılı ülkelerde sağlık sektöründe ileri derecede gelişmeler meydana gelmiş, üstün teknolojiler bulunmuş ve neticede gelişmiş karmaşık sağlık kuruluşlarını kapsayan ulusal sağlık sistemleri varolmuştur (Altındiş 2016). Küreselleşen dünya üzerinde 2000'li yıllarda ulusal sağlık politikalarının yanı sıra uluslararası ilişkiler daha fazla gelişmiş, dünya sağlık politikaları ve dünya sağlık yönetimi kavramları meydana çıkmıştır (Toker 1999).

Özgin ve Taş (1996) sağlık hizmetlerinin temel amacını şu şekilde belirtmiştir; Hasta olan kişiye mümkün olan en makul fiyattan, mümkün olan en az sürede, şefkatli ve gülyüzlü bir şekilde diğer alternatif olabilecek tedavi yöntemlerini de anlatarak, tıbbi deontolojik ve etik ilkeleri gözeterek mevcut imkanlar dahilinde medikal anlamda en iyi sağlık hizmetini sunmaktır.

Sağlık hizmetleri bu amacı gerçekleştirmek, verimli ve kaliteli hizmet sunulması için genel olarak amaçlarına göre üç ana sınıfa ayrılmıştır (Fişek 1982). Bunlar,

- Koruyucu (önleme amaçlı) sağlık hizmetleri
- Tedavi edici sağlık hizmetleri
- Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri

Son dönemlerde birde sağlık hizmetleri sınıfına *sağlığın geliştirilmesi hizmetleri* eklenmiştir. Böylece sağlık hizmetleri klasik olarak dört grupta sınıflandırılmıştır (Kavuncubaşı 2000);



Şekil 1.1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması.

Koruyucu sağlık hizmetleri *kişiye y6nelik ve 7evreye y6nelik sağlık hizmetleri* olarak karşımıza 7ıkmaktadır. Burada temel ama7 hastalığın 6nlenmesidir. Koruyucu sağlık hizmetleri 7evre koşullarının iyileştirilmesi, toplumun bilin7lendirilmesi, bulaşıcı hastalıkların 6nlenmesi, aile planlaması gibi konuları kapsamaktadır. Bu hizmetler sadece sağlık bakanlığı tarafından y6r6t6lmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine 1963 yılında y6r6rl6đe giren 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kapsamında b6y6k 6nem verilmiştir (Soysal ve ark 1993).

Sosyal devlet anlayışı devlet tarafından sağlık hizmetlerinin sunumunu mecbur hale getirmektedir. Bu 6zelliğinden dolayı koruyucu sağlık hizmetleri kamu eliyle topluma sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde hedef hastalığın oluşma ihtimalini azaltmak olduğu i7in 6deme g6c6ne bakılmadan toplumdaki b6t6n bireyler bu hizmetlerden b6y6k 6l76de yararlanmaktadırlar (Kurtulmuş 1998).

Devlet koruyucu sağlık hizmetlerini 6cret almadan halka ulaştırmakla y6k6ml6d6r. Bu hizmetleri ger7ekleştiren birimlere 6rnek olarak sağlık evleri, sağlık ocağı, dispanserler, aile planlaması merkezleri ve 7evre sağlığı birimleri v.s. misal verilebilir (Kızıl7elik 1996).

Su kaynaklarının denetimi, katı atıkların denetimi, haşerelerle m6cadele, besin sanitasyonu, hava kirliliği denetimi, g6r6lt6 kirliliği denetimi, radyolojik zararlıların denetimi, iş sağlığı hizmetleri 7evreye y6nelik koruyucu sağlık hizmetlerine 6rnek teşkil ederken; aşılama, beslenme d6zenleme, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, ana 7ocuk sağlığı hizmetleri, n6fus planlama, ila7la koruma, kişiisel hijyen, sağlık eğitimi kişiye y6nelik koruyucu sağlık hizmetleri i7erisinde yer almaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

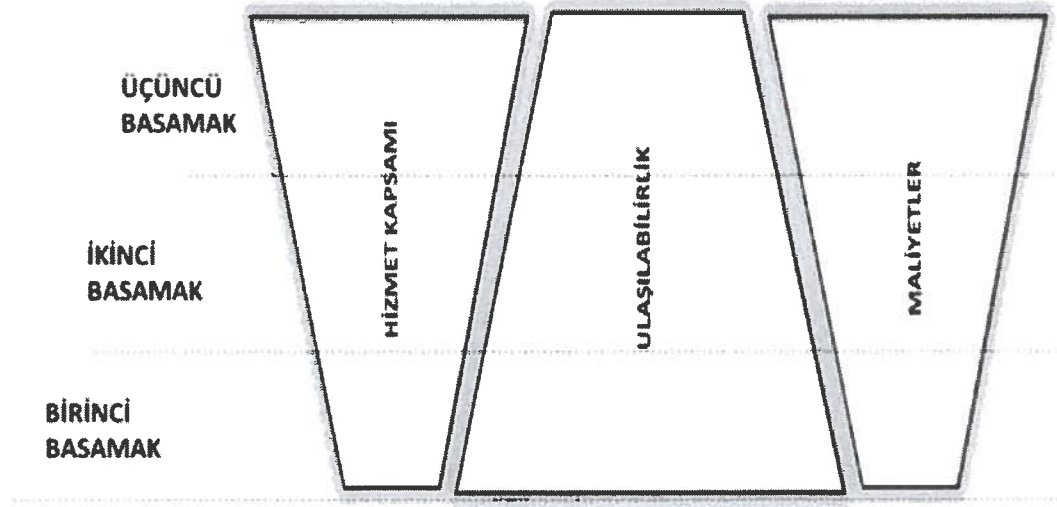
Tedavi edici sağlık hizmetleri teşhis, muayene ve tedavi 7alışmalarını i7inde barındırır. 6lkemizde tedavi edici sağlık hizmetlerini y6r6tmek devlet adına sağlık bakanlığının g6revleri arasındadır. Bunun yanında bu hizmetler 6zel sekt6r, iktisadi kamu teşebb6sleri, 6niversiteler ve diğer 6zel kuruluşlar vasıtasıyla y6r6t6lmektedir (Soysal ve ark 1993).

Tedavi edici sağlık hizmetleri hasta olmuş bireyin eski sağlığına kavuşması hedefiyle verilen sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler doktorun sorumluluğunda ve

diğer sağlık çalışanlarının katkılarıyla verilir. Devletimiz tedavi edici sağlık hizmetlerini toplumun her kesimine ulaştırmakta herhangi bir sosyal güvencesi olmayan veya maddi açıdan sıkıntılı olan fertlere doğrudan veya sosyal yardım kurumları vasıtasıyla ücretsiz olarak tedavi hizmeti vermektedir (Kızılcelik 1996).

Tedavi edici sağlık hizmetleri günübirlik (ayaktan) ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Ayaktan veya günübirlik tedavi hizmetleri, hastanın sağlık kurumuna yatışını gerektirmeyen sadece hastalığın tanı ve tedavisiyle ilgili verilen hizmetleri kapsar. Diğer kısım yataklı tedavi hizmetleri olan bölüm, hizmetin kapsamı bakımından kendi içerisinde c düzeye ayrılır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010):

- Birinci basamak sağlık hizmetleri
- İkinci basamak sağlık hizmetleri
- cnc basamak sağlık hizmetleri



şekil 1.2. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı ve Düzeylerinin Karşılaştırılması.

Birinci basamak sağlık hizmetleri toplumun sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturmaktadır. Bu hizmetler genellikle uzmanlaşmamış hekimler ve sağlık personeli tarafından yürütülür. Sağlık ocakları, toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, dispanserler örnek olarak verilebilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010). şekil 1.2'ye baktığımızda birinci basamak sağlık hizmetlerinde verilen hizmetlerin kapsamı dar olmakla beraber ulaşılabilirlik açısından en ulaşılabilir hizmetlerdir. Bunun yanında maliyetin en düşük olduğu sağlık hizmetleridir.



İkinci basamak sağlık hizmetleri uzman tıp ve sağlık personelinin görev yaptığı farklı büyüklükte hastaneler tarafından verilen tedavi amaçlı sağlık hizmetleridir. Temel amacı tedavi hizmetleri olan ikinci basamak sağlık hizmetlerine en güzel örnek devlet hastaneleridir (Fişek 1982). Şekil 1.2' ye baktığımızda ikinci basamak sağlık kurumlarında verilen hizmet birinci basamak sağlık hizmetlerine göre daha geniş, maliyetler daha fazla iken ulaşılabilirlik açısından biraz daha zordur.

Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde de tedavi amacı ön plandadır. Bu hizmetler bölge hastanesi, tıp fakültesi, özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından verilen özel bilgi ve teknolojik ekipmana ihtiyaç duyulan karmaşık vakalara yönelik verilen hizmetlerdir (Kızılcelik 1996). Zaten Şekil 1.2' ye baktığımızda maliyeti en yüksek, ulaşılabilirliği en zor ve kapsamı en geniş olan sağlık hizmetleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Rehabilite edici hizmetler, kazalara ve hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan bireyde meydana gelen zihinsel ve bedensel gerilemelerin günlük hayatı olumsuz yönde etkilemesini önlemek amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir. Burada amaç sakatlanan kişilere mümkün olduğunca işlevsel beceriler kazandırmaktır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010). Rehabilite edici hizmetler temel olarak ikiye ayrılmaktadır.

*Tıbbi rehabilitasyon*, hayat kalitesinin yükseltilmesi amacıyla bedensel sürekli bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi hizmetleridir. Örneğin protez takılması, işitme ve görme cihazlarının kullanılması, postür bozukluklarının düzeltilmesi v.b. hizmetler tıbbi rehabilitasyon hizmetleridir. *Sosyal rehabilitasyon* ise özürlü veya sakat olan bireylerin günlük hayata aktif olarak katılabilmesi için bir başkasına bağımlı olmadan işine oryantasyonu, yeni bir iş bulma ve öğretme hizmetlerini kapsar (Hayran ve Sur 1998).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlığı yerinde olan bireylerin sağlık durumlarını korumak ve daha üst seviyelere çıkarmak için verilen hizmetlerdir. Burada temel sorumlu kişi bireyin kendisi olmaktadır. Birçok hastalığın altında yatan neden kişinin yaşam tarzı, alışkanlıkları, hayat düzeninden kaynaklandığı bilinmektedir (Hayran ve Sur 1998).



Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri hayat kalitesini ve yaşam süresini yükseltmeyi amaçlar. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ile sağlık eğitimi birbirine karıştırılmamalıdır. Sağlık eğitimi dar kapsamlı iken sağlığın geliştirilmesi daha geniş kapsamlıdır. Sağlık eğitimi birey ve grupları hedefleyerek, toplumun sağlık konusunda bilinçlendirilmesi ve bilgi düzeyinin yükseltilmesini amaçlar. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ise kişilerin ve toplumun sağlık statüsünü artırmayı, çevreyi, ulusal ve uluslararası boyutta sosyal ve politik yapıyı değiştirmeyi hedefler. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri üzerinde yalnızca sağlık kurumlarının değil ulusal ve uluslararası tüm özel ve kamu kurumlarının da sorumluluğu vardır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Sağlık hizmetlerinin bir de konularına göre ayrımı yapılmıştır (Karakafioğlu 1998). Konularına göre sınıflandırma genel cerrahi, kadın doğum, ortopedi, dahiliye, kardiyojoloji, nöroloji, beyin cerrahi, göğüs hastalıkları v.b. gibi branşa dayalı olarak yapılmaktadır.

Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasının yanında sağlık yatırımlarının da sınıflandırılması mümkündür. Sayım (2015)' a göre bu yatırımlar şu şekilde sıralanmaktadır:

- Koruyucu sağlık hizmeti yatırımları
- Teşhis ve izlemeye yönelik sağlık hizmeti yatırımları
- Tedavi edici sağlık hizmeti yatırımları
- Ar-Ge'ye yönelik sağlık hizmeti yatırımları

Genel olarak bakıldığında sağlık hizmetleri topluma hizmet verilen en önemli hizmetlerin başında gelir. Bütün sağlık hizmetleri iç içedir ve birbirini tamamlar. Sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinin gerektiği şekilde sunulması kaçınılmazdır ve sosyal devlet olmanın gereğinden biridir.

## 1.2. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Hizmetleri İçerisindeki Yeri

Sağlık hizmetlerini yukarıdaki başlıkta incelediğimiz üzere temel olarak dört sınıfa ayırmıştık. Burada en fazla üzerinde duracağımız kısım tedavi edici sağlık hizmetleri ve bu hizmetleri sunan tedavi edici sağlık kurumlarıdır.

Tedavi edici hizmetler, oldukça geniş yelpazeye sahip sağlık kurumları tarafından sunulmaktadır. Devasa büyüklükteki hastanelerden sadece cerrahi hizmet veren merkezlere, bünyesinde çok sayıda uzman barındıran grup uygulamalarından özel muayenehanelere kadar hepsi tedavi hizmeti sunmaktadır. Burada hastane öncesi sağlık hizmetleri de denilen 112 acil sağlık hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetleri grubuna dahildir. Acil sakatlık veya yaralanma mevcut olduğu zaman konusunda uzman ve özel eğitilmiş ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteğiyle olayın olduğu yerde, nakil sırasında, sağlık kurumunda verilen bütün sağlık hizmetleri acil sağlık hizmetleri olarak tanımlanmıştır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Acil yardım ise acil sağlık hizmetleri alanında özel eğitim almış ekipler tarafından tıbbi araç ve gereç desteğiyle olay yerinden sağlık kurumuna nakledilinceye kadar sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır. Acil yardım hizmetleri acil sağlık istasyonları vasıtasıyla bireylere ulaştırılır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Acil bakım aniden hastalanan yada kazaya uğrayan bir bireye en hızlı şekilde, olay yerinde, birtakım araç gereç veya tıbbi malzeme kullanarak bu konuda eğitim almış kişiler tarafından yapılan müdahalelerdir. Acil bakım hastanenin acil servisinde yoğun bakımda verilebileceği gibi hastane dışında 112 ambulansları tarafından da verilebilmektedir (Tabak ve Somyürek 2007).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri hasta veya yaralının hastaneye götürülene kadar geçen sürede yapılan acil bakım hizmetlerini kapsar. Acil sağlık hizmetleri ise acil yaralanmalarda ve hastalık hallerinde konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç gereç desteği olarak olay yerinde, nakil anında veya her türlü sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen bütün sağlık hizmetlerini kapsar (Bati 2012).

### 1.3. 112 Acil Sağlık Hizmetleri ve Önemi

Acil sağlık hizmetleriyle alakalı belli başlı kavramları şu şekilde açıklayabiliriz:

Acil sağlık hizmetleri yönetmeliği (2000)' ne göre "acil sağlık konusunda eğitim görmüş sağlık ekipleri tarafından, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden erken dönemde, tıbbî araç ve gereç desteği ile sunulan hizmetlere" acil sağlık hizmetleri denir.

Acil yardım "acil sağlık hizmetleri konusunda özel eğitim görmüş ekipler tarafından, tıbbî araç ve gereç desteği ile olay yerinde ve hastaneye nakil sırasında verilen hizmetlerin bütünüdür" (Yılmaz 2014). Burada önemli olan nokta yapılan işlemin alanında eğitim almış sağlık personelleri tarafından tıbbi malzeme ve ilaç kullanılarak yapılan girişimler olmasıdır.

İlk yardım ise "hastalık veya kaza nedeniyle sağlığı tehlikeye girmiş olan kişiye, durumunun kötüleşmesini önlemek amacıyla kendisinin veya çevresindekiler tarafından olay yerinde yapılan ilaçsız girişimlerdir" (ASHY 2000). İlk yardım uygulamaları hem sağlık personelleri hem de bu konuda eğitim almış olayın gerçekleştiği an orada bulunan vatandaşlar tarafından yapılabilir (Köksal 2010).

İl ambulans servisi il genelindeki bütün ambulansların hizmetlerini koordine eden, Sağlık Bakanlığı ve kendisine bağlı diğer ambulanslarla hizmet sunan başhekimlik, merkez ve istasyonlardan oluşan birim olarak tanımlanmıştır (Yıldız 2013). Yani il genelindeki özel veya kamuya ait olup olmadığı farketmeden bütün ambulansların bağlı olduğu sevk ve idare edildiği merkezdir.

Olağandışı durum "aniden oluşan ve büyük zararlara yol açan doğal afetler ile teknolojik afetler ve büyük çapta gerçekleşen kitlesel kazalar" olarak hepsine verilen bir isimdir (ASHY 2000).

Merkez, "il sağlık müdürlüğünün, acil sağlık hizmetleri şube müdürlüğüne bağlı olarak kurulmuş olan ve 112 numaralı telefon ile aranılabilen Komuta Kontrol Merkezi"ni ifade etmektedir (Öztüre 2010).

Acil sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek üzere kurulan birimler istasyon olarak ifade edilirken hastaya veya yaralıya gereken tıbbi girişimi uygulamak üzere

görevlendirilmiş, acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim görmüş sağlık personeli ile şoförden oluşan topluluğa ekip denilmektedir (ASHY 2000).

Kavuncubaşı ve Yıldırım (2010)' a göre acil sağlık hizmetleri istasyonu hizmet verdikleri duruma göre üç tipte kurulabilir:

*A tipi istasyon*, 24 saat süreyle sadece ambulans hizmeti verilen ihtiyaca göre birden fazla ekip ve ambulans mevcut olan özlük ve idari hakları bakımından il ambulans servisi başhekimliğine bağlı olan kadrolu personele sahip istasyon tipidir. Ekip içinde hekim bulunanlar A1 tipi istasyon, ekip içinde hekim bulunmayan istasyonlar A2 tipi istasyon olarak isimlendirilir.

*B tipi istasyon*, birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarıyla entegre olan kesintisiz ambulans ve acil servis hizmeti verilen, özlük ve idari hakları açısından bünyesinde olduğu kuruma, ambulans hizmeti açısından merkeze bağlı olan ekip içinde hekim bulunan istasyonlardır. Hastane acil servisi ile entegre olanlar B1 tipi istasyon, birinci basamak sağlık kuruluşu ile entegre olanlar B2 tipi istasyon olarak adlandırılır.

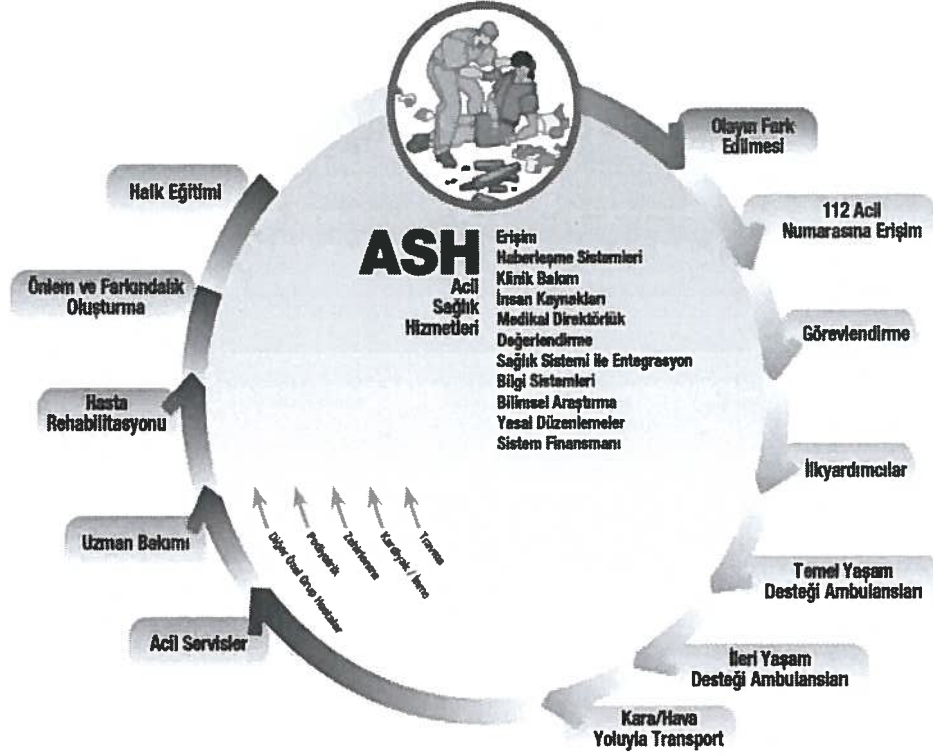
*C tipi istasyon*, ihtiyaca binaen günün belirli saatlerinde yalnızca ambulans hizmeti veren, idari ve özlük hakları bakımından il ambulans servisi başhekimliğine bağlı acil sağlık istasyonlarıdır.

İstasyonlarda acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim almış sağlık personelinin oluşturduğu ekip ile tıbbi donanımlı ambulanslar görev yapmaktadır. İstasyonların içinde ambulans ve görev yapan ekibe lojistik destek amacıyla en az üç oda, eğitim salonu, tuvalet, banyo, mutfak, depo, ambulans garajı, telefon, telsiz gibi gerekli malzemeler bulunur (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri aslında karmaşık bir yapıya sahiptir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde topluma verilen acil sağlık hizmetlerini pek çok küçük alt sistem oluşturur. Bu farklı alt sistemler ve acil sağlık hizmetlerinin işleyişi şema olarak Şekil 1.3'te gösterilmiştir. Aşağıda hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı verilmiştir.

Kaynak: National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA), 2017.

## Acil Sağlık Hizmetleri Sistemi



Şekil 1.3. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Bileşenleri.

Amerika' da bulunan Ulusal Karayolu Trafik Güvenliği İdaresi (NHTSA)' ne göre herhangi acil bir durumda müdahale için 24 saat aktif olan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ve alt birimleri Şekil 1.3'te daire içinde alt alta yazılarak yer almıştır. Çember içindeki oklarla ifade edilen alanlar özelleşmiş müdahale sistemini belirtmektedir. Çember içinde bulunan liste hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini oluşturan alt sistemlerin listesidir.

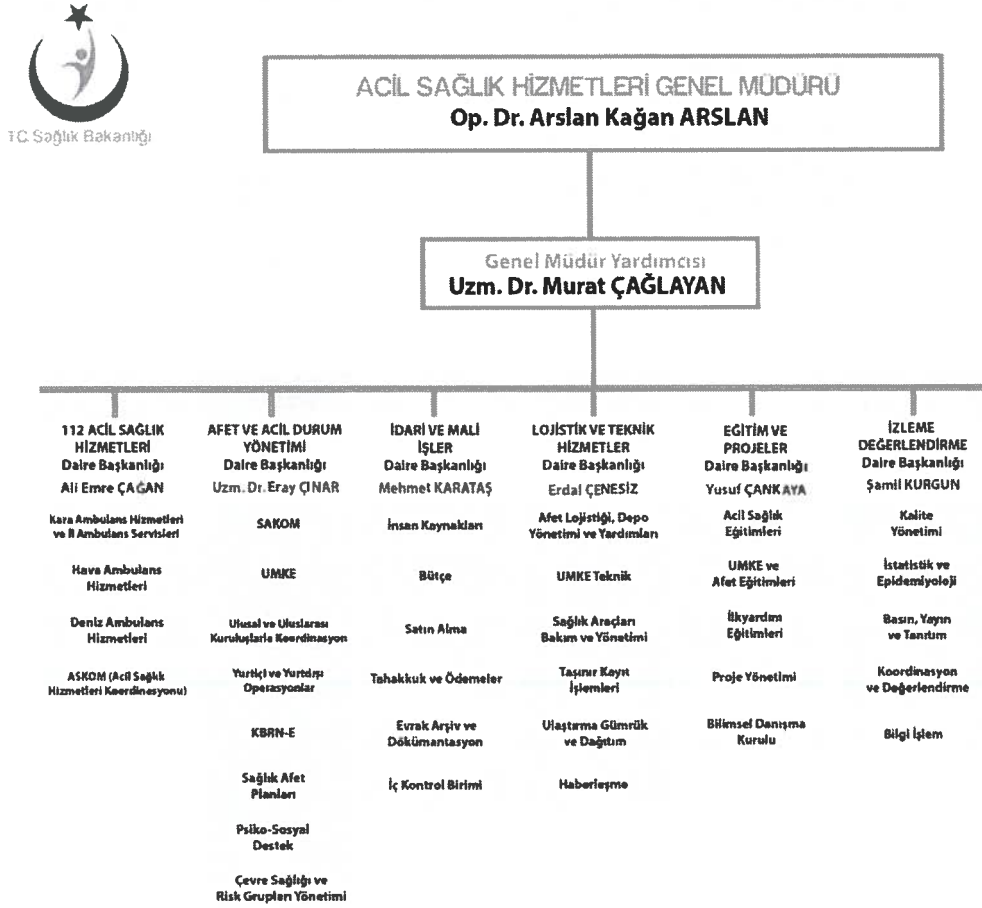
Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri genellikle ambulans ile verilen bir sağlık hizmeti ağı olarak görülse de kapsamı çok daha geniştir. Çünkü Dünya Sağlık Örgütü hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini diğer acil sağlık hizmetleri ile beraber halk sağlığı sisteminin bir parçası olarak görmektedir (Holtermann ve Gonzalez 2003).

Özel'e (2010) göre hastane öncesi acil sağlık hizmetleri halk sağlığı, kamu güvenliği ve acil tıp uygulamalarının bir bileşeni olduğu söylenebilir. Geniş kapsamlı ve karmaşık bir yapısı ile karmaşık bir işleyiş modeli olan hastane öncesi acil sağlık

hizmetlerinin pahalı kaynakların kullanıldığı ve maliyetlerin yüksek olduğu sağlık hizmeti alanıdır.

Acil sağlık hizmetleri ülkemizde merkezde Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü' ne bağlı olarak faaliyetlerini yürütmektedir. Genel müdürlüğe bağlı altı tane daire başkanlığı kurulmuştur. Aşağıdaki şekilde detaylı olarak gösterilmiştir:

Kaynak: (<http://www.acilafet.gov.tr/TR,4185/teskilat-semasi.html>) Erişim Tarihi: 26.12.2017.



Şekil 1.4. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Merkez Teşkilatı Şeması.

Acil sağlık hizmetleri taşrada ise il sağlık müdürlüğü bünyesinde kurulan acil ve afetlerde sağlık hizmetleri şube müdürlüğüne bağlı olarak faaliyetlerini yerine getirmektedir. Detaylı bilgi aşağıdaki şekilde verilmiştir.



Kaynak: (<http://aksarayism.saglik.gov.tr/TR,20468/organizasyon-semasi.html>)

Erişim tarihi: 26.12.2017.



Şekil 1.5. İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması.

Sağlıklı bir hayat idame ettirmek herkes için önemlidir. Bu yüzden sağlık vazgeçilmez bir hazinedir. Fakat insan hayatında zaman zaman beklenmedik aniden gelişen durumlar olabilmekte en değerli hazinemiz olan sağlığımız zarar görebilmektedir. Genellikle ani gelişen bu tür durumlara hızlı ve profesyonel bir müdahale gerekmektedir. Erken ve doğru müdahale sağlığımızla ilgili bu tür olumsuzlukların ortadan kalkmasına yardımcı olacak ölümlerin ve sakatlıkların azaltılmasını mümkün kılacaktır (Yılmaz 2014).

Başta trafik kazası olmak üzere yangın, deprem, terör saldırısı gibi acil durumlara alanında uzmanlaşmış ekiplerin müdahalesi ve durumun kontrol altına alınması çok önemlidir. Müdahalenin zamanında yapılmaması en kötü sonuçları doğurup ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Bu durum 112 acil sağlık hizmetlerinin önemini ortaya çıkarmaktadır (Öztürk ve ark 2013).

Kaza ve yaralanma olduktan sonra ölümlerin %10' unun ilk 3-5 dakikada; %54-60' ının ise ilk 30 dakikada meydana geldiği tespit edilmiştir. Bu durum pek çok ülkede sistemli bir ilkyardım organizasyonunun kurulmasına zemin hazırlamıştır. Olay yerindeki ilk müdahalenin yetkili kişilerce yapılması ve uygun taşıma

yöntemleriyle ölüm ve sakatlık oranını büyük ölçüde azaltacağı anlaşılmıştır. Bu nedenle 112 acil sağlık hizmetleri kaza ve yaralanmalarda ölüm ve sakatlıkların önlenmesi alanında hastane öncesi acil sağlık sisteminin en önemli bileşeni olmuştur (Demirhan 2003).

Arreola-Risa ve arkadaşları (2000)' na göre Mexico'da ambulans sayısında yaşanan artış ve travma konusunda eğitim verilmesi hastaneye giderken meydana gelen ölümleri azaltmıştır.

Nepal'de bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini aile planlaması ve prenatal bakım gibi sağlık hizmetlerinden daha çok acil durumlar için kullandığı yapılan çalışmayla ortaya koyulmuştur. Sri Lanka'da yapılan bir anket çalışmasında insanların birinci basamak sağlık hizmetlerinden acil sağlık hizmetleri almak istedikleri ortaya konmuştur. Küçük rahatsızlıklarında geleneksel tıbbi ve ev ilaçlarını kullanırken ani gelişen durumlarda birinci basamak sağlık kurumlarına başvurmuşlardır (Razak ve Kellerman 2002).

Ülkemizde karşımıza çıkan diğer bir konu da travma konusudur. Ülkemizde yaşanan şiddet olaylarındaki artış acil bir durum olan travma vakalarını da artırmaktadır. Özellikle kırk yaş altındaki erkeklerde birinci ölüm sebebinin travma olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda yapılan çalışmalarda her ülkede hastaneye yatırılan hastaların ortalama yüzde 15'i travmaya uğramış kişilerden olduğu tespit edilmiştir ( Aksoy ve Ergun 2002).

Gelişmiş olan ülkelerde en önemli ölüm nedenleri başında kafa travması gelmektedir. Kafa travmalı hastanın tedavi maliyeti de oldukça yüksektir ve bu maliyet ABD' de tüm sağlık harcamalarının yüzde 20' sini oluşturmaktadır (Söğüt ve Al 2009). Trafik kazalarına bağlı ölümlerin yüzde 75' inde ve travmalı hastaların yüzde 80' inde kafa travması görülür. Ciddi kafa travması ve buna bağlı beyin yaralanması, gelişmiş olan ülkelerde 45 yaş üstü en önemli ölüm nedenidir (William ve ark 2004). Ciddi kafa travmalı hastaların yarısı, olay yerinde veya ilk saatlerde ölmektedir. Kafa travmalarında beynin oksijensiz kalması, tansiyon düşüklüğü veya başka bir yerdeki travma ölüm oranlarını yükseltmektedir (Luk ve ark 1999). Bu durumlarda 112 acil sağlık hizmetleri ölüm oranlarının azaltılmasında paha biçilemez öneme sahiptir.



Kalp krizi batılı ülkelerde hastane dışında meydana gelen ölümlerin temel sebebidir. Bu durumda gerçekleşen ölümlerin yarısı 15 dakika içerisinde geriye kalanın yüzde 70' i ise bir saat içinde meydana gelmektedir. Bu hastaların çoğu hastaneye yetişmeden hayatını yitirmektedir (Demirhan 2003).

Yine dünya genelinde en sık rastlanılan ölüm sebebi iskemik kalp hastalığı olup kalp ile ilgili bir problemdir. Yetişkin bireylerin ölümü incelendiğinde yüzde 60' ından fazlası ani kalbin durmasıyla sonuçlanan iskemik kalp hastalığına bağlı ölümlerdir (Levi ve ark 2002).

Avrupalı ülkelerde kalp krizi görülme sıklığı azalmaktadır. Modern reperfüzyon tedavisi ve ikincil korunma yöntemleri gibi önlemler ile ani kalp krizine bağlı hastanede meydana gelen ölüm oranı ciddi anlamda azalmasına karşın ölümlerin üçte ikisi hastane öncesinde olduğu için bütün olarak ölüm oranının değişmediği yapılan çalışmada tespit edilmiştir. Buna göre ani kalp krizinde yaşama şansını artıran en iyi çözüm olay yerinde hastane öncesi gereken tedaviyi uygulamaktır (Arntz ve ark 2007).

Türkiye' de ulusal bazda ölüm sebeplerine baktığımızda kardiyovasküler yani kalple ilgili hastalıklar ilk sırada gelmektedir. 112 acil sağlık hizmetleri ölümlerin önlenmesi ve sakatlık oranlarının indirilmesinde çok önemli pay sahibidir. Bu durum acil sağlık hizmetlerinin ayrı bir bilim dalı olarak ele alınmasını gerekli kılmıştır (Batı 2012).

#### 1.4. Dünya'da Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

İnsanlar tarih boyunca çeşitli kazalar, felaketler ve savaşlar sonucu yaralanan ve acil sağlık sorunlarıyla karşılaşan hasta ve yaralı bireyler için farklı tıbbi girişimlerde bulunmuşlardır.

Dünya üzerinde acil sağlık hizmetlerinin tarihine baktığımızda ilk ambulans benzeri araç 1487 yılında Malaga kuşatması sırasında atlı arabalarla İspanyol ordusu tarafından kullanılmıştır (Anton 1999). 1500' lü yıllarda Good Samaritan' ın yol kıyısında seyahat eden yaralanmış kişileri yağ ve şarap kullanarak tedavi ettiğine dair kanıtlar olduğu bilinmektedir. 1732 yılına geldiğimizde ağızdan-ağıza suni solunum uygulaması ilk kez Dublin şehrinde bir maden işçisi tarafından uygulanmıştır. 1797 yılında Romalılar ve Yunanlılar savaş taşıtlarını kullanarak savaş alanlarından yaralanmış askerleri kaldırmışlardır (Batı 2012).

Tarihte bilinen ilk ambulans ise 1792 yılında Napolyon ordusunun özel cerrahı Baron Dominique Jean Larrey tarafından oluşturulmuştur. Larrey' in oluşturduğu bu ambulans, savaş bölgesinde yaralanan askerleri daha fazla kayıp oluşmadan alandan uzaklaştırmaya çalışmıştır. Normal araçlarla taşınan yaralı bireylerde daha fazla kan kaybı olduğu tespit edilmiş yaraların daha da kötüleştiği görülmüştür. Bunun üzerine Larrey Fransız Ordusu'nun baş cerrahı olan Pierre François Percy ile birlikte özel bir ambulans birliği kurmuştur (Anton 1999). Larrey uçan ambulans adını verdiği atlı hasta taşıyıcı bu araçları planlayıp acil sağlık sisteminin bugün dahi kabul gören çalışma ilkelerini belirlemiştir (Özel 2010). Bu ilkeler:

- Eğitimli personelin hastalara hızla ulaşması
- Alanda tedavi ve stabilizasyon
- Sağlık birimine hızla taşıma
- Taşıma sırasında sağlık bakımının devam ettirilmesi

Amerika Birleşik Devletleri' nde 1860 yıllarına gelindiğinde saha organizasyonu ve yaralıların taşınması işlemi sivil savaşın ilk yıllarını takiben başlamıştır. Uçan ambulanslar vasıtasıyla etkili bir taşıma yapılmıştır. 1865-1869

yıllarında Amerika Birleşik Devletleri sivil ambulans hizmetleri Cincinnati ve Newyork' ta faaliyet göstermeye başlamıştır. Hasta ve yaralılar hastaneye özellikle tasarlanmış ve üzerinde at resimleri olan arabalarla götürülmüştür (Öztürk 2013).

Dünyada ilk kez sivil ambulans oluşumu İngiltere' nin başkenti Londra' da 1878 yılında kurulmuştur. Yine İngiltere ve İskoçya' da 1881-1882 yıllarında kiliseye bağlı yardım örgütleri ilk yardım hususunda kitap yazma izni almışlar, dönemin Kraliçesi Victoria'nın izniyle ambulans örgütleri kurmaya başlamışlardır (Köksal 2010).

Dünya çapında boğulma vakaları hususunda resusitasyonu (kalp masajı) açıklayan ilk bilimsel yayın 1896 yılında yapılmıştır. 1897 yılında gelindiğinde yine Londra' da ilk kez tam süreli ambulans servisi hizmete açılmıştır (Yılmaz 2014).

Arnavutluk'tan Sırp ordusunun 1915 yılında geri çekilmesi esnasında ilk kez tıbbi amaçlı hava taşıma hizmeti verilmiştir. Birinci Dünya Savaşı' nda ise İngiliz ortopedist Sir Hugh Owen Thomas tarafından sabitleme (atel) uygulamasıyla femur kırıklarının neden olduğu ölüm oranlarında azalma olmuştur. New Jersey, Virginia ve Roanoke sahillerinde 1920 senesinde gönüllü olarak ilk kez kurtarma timleri oluşturulmuştur (Batı 2012).

Günümüze yakın yıllara gelindiğinde 1900' lü yıllar özellikle Birinci ve İkinci Dünya Savaşları ile Kore Savaşı, Vietnam Savaşı askeri sahada yaralanan askerlere müdahale ve hızlı bir şekilde sağlık kurumuna nakil konusunda önemli tecrübelerin yaşandığı olaylar olmuştur. Savaşlarda kazanılan bu tecrübeler sivil hayatta da kullanılmaya başlanmıştır (Özel 2010).

Bu savaşlarda pek çok hasta ve yaralı kara ambulansı yanında tren, uçak, helikopter vasıtasıyla sağlık kurumlarına taşınmışlardır. Askeri helikopterler yoğun şekilde yaralıları taşımak için kullanılmış, bundan esinlenerek daha sonraki yıllarda Almanya ve İskandinav ülkelerinde hava kurtama örgütleri kurularak bu alanda personel yetiştirilmeye başlanmıştır (Özel 2010).

Dr. Peter Safar 1958'de manuel havalandırma yöntemlerine göre direk ağızdan-ağıza suni solunum yönteminin daha etkili olduğunu göstermiştir. Yine aynı

yıl içerisinde ağızdan-ağıza suni solunum ve kalp masajının etkisinin gösterilmesi acil tıp alanında CPR (Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon) zeminini oluşturmuştur.

Kardiyo Pulmoner Resüsitasyonun kalbi duran bir yaralıda etkili bir girişim olduğu 1960 yılında gözlemlenmiş, kısa süre sonra da bütün acil sağlık sistemi programları geliştirilmiştir. Hastane tabanlı mobil koroner yoğun bakım ünitesine sahip ambulanslar hastane öncesinde kalp hastalıklarını tedavi için kullanılmaya başlanmıştır. Askeri çatışma ve savaşlar hasta taşıma ve tedavi alanında birçok yeniliğe kapı açmıştır. Bunların en başında tıbbi taşıma için uçakların kullanılmaya başlanmasıdır. Fransa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde ambulanslarda paramedik ve hekimler görev almaya başlamış böylece daha hızlı ve kaliteli acil sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır (Batı 2012).

ABD'de Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi tarafından 1966 yılında yayınlanan "Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society" (NCSE, 1966) raporu, travmalara bağlı ölümlerin azaltılması ve hastane öncesi bakımın iyileştirilmesi için hükümetlere sağlık programları geliştirmesi konusunda önemli bir rapor olmuştur. Medikal teknolojilerde meydana gelen gelişmeler ambulansların özel olarak imal edilmesine, hastane dışında kullanılmaya uygun tıbbi cihazların yapılmasına olanak sağlamıştır (Özel 2010).

1968 yılında Newyork'ta St. Vincent Hastanesinde ilk mobil koroner yoğun bakım ünitesi açılmış, önce hekimler daha sonra paramedikler tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Acil durumlarda 9-1-1 telefon ve faks numarası olarak ABD' de kullanılmaya başlanmıştır. 1970 yılında Cincinnati Üniversitesi'nde Acil Tıp Anabilim Dalı açılmıştır. 1984 senesinde çocuk acil sağlık hizmetleri kurulmuştur. Ambulans hizmetleri elde etmek için standartlar ve kriterler, 1991 yılında ambulans hizmetleri akreditasyon komisyonu tarafından belirlenmiştir (Batı 2012).

## 1.5. Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Türkiye' de acil sağlık hizmetlerinin tarihine bakıldığında 20. yüzyıla gelene kadar herhangi bir yasal düzenlemenin ve bu hizmetlerle ilgili altyapının olmadığı görülmektedir. Osmanlı İmparatorluğu' nun son dönemleriyle Türkiye Cumhuriyeti' nin kurulduğu yıllarda bazı girişimler olmuş fakat bu girişimler etkili bir acil sağlık hizmetleri teşkilatının kurulabilmesi için yeterli gelmemiştir (Yılmaz 2014).

Bu nedenle Osmanlı İmparatorluğu 1863 yılında İsviçre' de Kızılhaç örgütünün oluşturulmasıyla ortaya çıkan 1864 tarihli sözleşmeyi imzalamış, ardından da 1867' de Dr. Ömer Paşa, Serdar Ekrem, Dr. Abdullan Bey, Dr. Kırımlı Aziz Bey ve Tıbbiye Nazırı Dr. Marko Paşa öncülüğünde Hilal-i Ahmer Cemiyeti kurulmuştur. 1923 yılında Cumhuriyetin ilanı ile birlikte bu oluşum Besim Ömer Paşa' nın katkısıyla ilk kez hemşirelik ve hastabakıcılık okulunu 1925 yılında açmıştır. Hilal-i Ahmer Cemiyeti 1928 yılında meydana gelen İzmir Depremi' nde kurtarma ve tedavi hizmeti vermiş, 1935 yılında Türk Kızılayı adını almıştır (Ege 1995).

Daha sonra 1961 yılında çıkarılan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile sağlık hizmetlerinin en ucra köşedeki vatandaşların ayağına kadar götürülmesi planlanmıştır. Bütün vatandaşların sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanması 1982 Anayasası' nda devlet güvencesi altına alınmıştır.

Ülkemizde özellikle büyük illerde 1980' li yıllara değin belediyeler veya hastaneler aracılığıyla birbirinden ayrı ulusal bir özelliği olmayan ambulanslarla hasta taşımacılık hizmeti veriliyordu. Türkiye' de hastane öncesi sağlık hizmetlerinin gelişiminde kilometre taşı sayılacak gelişme 1983 yılında çıkarılan 2918 Sayılı Trafik Kanunu olmuştur. Bu kanunla ambulans hizmetleri tanımlanmış, karayollarında ambulansların sorumluluğu Sağlık Bakanlığı' na, il merkezleri içinde belediyelere verilmiştir (Atilla 2010).

1985 yılında özellikle turistik bölgelerde ve bazı yoğun trafik olan bölgelerde genelde trafik kazası için oluşturulmuş araç telefonu ile ulaşılabilen herhangi bir merkezden yönetilmeyen gezici ambulans ekipleri denenmiştir. 1986 yılında İzmir, Ankara ve İstanbul Büyükşehir Belediyeleri' nin desteği ve Sağlık Bakanlığı

işbirliğiyle 077 Hızır Acil Servis kurularak doktorlu hasta taşımacılığına benzeyen bir sistem ülkemizde kullanılmış, bugün kullanılan acil sağlık hizmetlerinin temelleri atılmıştır. Yapılan bu çalışma, Türkiye'de organize bir hastane öncesi sağlık hizmetlerinin başlangıcı kabul edilmektedir (Yılmaz 2014).

Hızır acil servislerde hizmet sunan personel daha çok belirlenen hastanelerde görev yapan doktor ve yardımcı sağlık personelinde olduğu için acil sağlık girişimleri konusunda yok denecek kadar az eğitim almıştı. Bu yüzden hizmet daha çok hastaların hastaneye taşınması olarak uygulanmıştır (Batı 2012).

Hızır Acil Servis 14 Mart 1994 tarihinde Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak ismi 112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri olarak değiştirilmiştir. 1994 - 1995 yıllarında İzmir, Ankara ve İstanbul'da 112 ekipleri kurularak telsiz ağı genişletilmiş, telefon santralleri oluşturulmuştur (Özel 2010).

Acil sağlık hizmetlerinde ulaşılabilirliği artırmak amacıyla 11 Mayıs 1995 tarihli Bakanlar Kurulu kararıyla 112 nolu ücretsiz telefon numarası acil sağlık hattı olarak kullanılmaya başlanmıştır (Köksal 2010).

Türkiye'de acil tıbbın gelişimi gerçek manada 1990 yılında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi'nin davetiyle ülkemize gelen ABD'li Acil Tıp Uzmanı olan Dr. John Fowler'ın çalışmasıyla başlamıştır. Dr. John Fowler'ın çabaları sonucu 1993 yılında acil tıp ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş ve aynı yıl Dokuz Eylül ve Fırat Üniversiteleri'nde iki acil tıp anabilim dalı kurulmuştur. Daha sonra 1993 yılında Acil Tıp Teknikeri eğitim programı açılmıştır (Batı 2012).

Bu bağlamda 1996 yılı ve sonrasında Sağlık Bakanlığına bağlı okullarda İlk Yardım ve Acil Bakım Teknisyenliği bölümü açılmış 2000 yılında ilk mezunlarını vermiştir. 2000 yılında Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği ilk kez çıkarılmıştır. 2004 yılında ilk defa Sağlık Bakanlığı'nın acil yardım istasyonlarına ve hastane acil servislerine Acil Tıp Teknisyeni ve Paramedik atamaları yapılmıştır (Özel 2010).

2000 yılında yürürlüğe girmiş olan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin 28. maddesine 2007 yılında yapılan bir değişiklikle Paramedik ve Acil Tıp Teknisyenleri'nin görev, yetki ve sorumlulukları eklenmiştir. 2009 yılında bu görev,

yetki ve sorumluluklar çalışma usul ve esaslarına dair tebliğ hazırlanarak algoritma haline getirilmiştir (Yılmaz 2014).

Türkiye'de acil sağlık hizmetlerinin gelişimini kronolojik olarak şu şekilde sıralamak mümkündür (Batı 2012):

Çizelge 1.1. Türkiye' de acil sağlık hizmetlerinin kronolojik olarak gelişimi.

<b>YIL</b>	<b>GELİŞMELER</b>
<b>1961</b>	Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun çıkarılmıştır; tam gün yasası, basamaklı hizmet ve sevk sistemi, entegre hizmet ve ekip hizmeti bu kanunla getirilmiştir.
<b>1982</b>	1982 Anayasasının 41. ve 56. Maddeleri düzenlenmiştir; ailenin korunması ve sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması hedeflenmiştir.
<b>1986</b>	077 Hızır Acil Servis kurulmuştur.
<b>1993</b>	İlk ve Acil Yardım (Acil Tıp) yeni bir uzmanlık dalı olmuştur.
<b>1994</b>	112 Acil Yardım ve Kurtarma kurulmuştur.
<b>1996</b>	İlkyardım ve Acil Bakım Teknisyenliği bölümü açılmıştır.
<b>2000</b>	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği çıkarılmıştır.
<b>2004</b>	Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri ve Acil Tıp Teknisyenleri' nin atamaları yapılmıştır.
<b>2007</b>	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği' ne AABT ve ATT yetki ve sorumlulukları eklenmiştir.
<b>2009</b>	Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenleri' nin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ düzenlenmiştir.



## 1.6. Dünya'da Uygulanan Acil Sağlık Sistemleri

Dünya üzerinde hastane öncesi acil sağlık sistemlerinin gelişim modellerine bakıldığında Anglo-Amerikan modeli ve Franko-German modeli olarak iki temel model karşımıza çıkmaktadır.

### 1.6.1. Anglo-Amerikan Model

Anglo-Amerikan modelinde hastane acil servisleri güçlü bir şekilde oluşturulup, hastaya olay yerinde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde hayat kurtaracak müdahalenin yapılarak hastane acil servislerine nakledilmesi prensibine dayanır (Atilla 2010).

Scoop and Run (kap-götür) modeli de denilen ve Amerika Birleşik Devletleri tarafından geliştirilen bu sistemin temel amacı hasta veya yaralının en yakın hastaneye hızlı bir şekilde ulaştırılmasıdır. Burada tıbbi müdahale olarak en yaşamsal olan girişimler uygulanmaktadır (Dick 2003).

Kanada, Avustralya, İsrail, Kosta Rika, Hong Kong, İzlanda, İrlanda, Malezya, Hollanda, Yeni Zelanda, Nikaragua, Filipinler, Polanya, Singapur, Güney Kore, Tayvan, İngiltere ve ABD gibi ülkelerde bu sistem uygulanmaktadır (Küçük 2014).

Paramedikler bu modelde önemli konumda bulunmaktadırlar ve görevlerini tıbbi bir yönetici gözetiminde yaparlar. Acil tıbbi durumu tespit edip yasal olarak sorumlu olan bir veya daha fazla doktor bulunmaktadır (Düzova 2015).

Kısaca bu acil sağlık sistemi modeli olay yerinde durumun kontrol altına alınması ve tedavi sürecini kısaltarak hastaların mümkün olan en kısa zamanda acil servise ulaştırılmasını sağlamaktadır. Hastaların kesin tanısı acil servis doktorlarınca konulmaktadır (Düzova 2015).



### 1.6.2. Franko-German Model

Franko-German modelinde hastalara hastane dışında olay yerinde uzman doktorlar ile birlikte kapsamlı müdahaleler yapılmakta ve hastane adeta hastanın ayağına taşınmaktadır (Atilla 2010).

Franko-German modeline Stay and Play (kal ve oyna) modeli de denir. Yüksek bakım sağlamak için acil doktorları genellikle anestezi uzmanları hastane öncesi acil bakımı üstlenirler. Hastalar doğrudan acil servise değil yataklı servislere yatırılır. Acil tıp ayrı bir dal değildir ve acil servis hizmeti anestezi uzmanlarının kontrolündedir (Thomas 2005).

Batı Avrupa kökenli olan bu modelde amaç yaralı veya hastanın direk tedavisinin yapılacağı hastaneye taşınmasıdır. Olay yerine ilk giden personel eğitimi uygun ise bütün tıbbi girişimleri yapabilir. Doktor ve paramedik birlikte çalışır. Bu modelde dahiliye, anestezi, cerrahi, çocuk uzmanı doktorları acil tıp uzmanı olarak çalışır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri daha kaliteli verilmektedir (Dick 2003).

Hastane öncesinde acil uzmanları veya anestezi uzmanları olay yerinde ve hastanın sevki sırasında tedavisinden sorumludur (Düzova 2015).

Almanya, Fransa, Avusturya, Belçika, Finlandiya, Polonya, Litvanya, Norveç, Slovenya, İsveç, İsviçre ve Rusya gibi ülkelerde Franko-German modeli uygulanmaktadır (Küçük 2014).

### 1.6.3. Sınıflandırılmayan Modeller

Franko-German modeli ve Anglo-Amerikan modeline benzemeyen genellikle gelişmemiş ülkelerde uygulanan acil sağlık sistemleri bu model içine girmektedir (Küçük 2014).

Anglo-Amerikan modeli ve Franko-German modelini yapısal olarak incelediğimizde bazı farklılıklar göze çarpmaktadır. Bu farklılıkları şu şekilde sıralamak mümkündür (Düzova 2015):

Anglo-Amerikan modelinde hasta doktora getirilirken Fransız-Alman modelinde doktor hastanın ayağına gitmektedir.

Franko-German modelinde hayatı tehdit etmeyen durumlarda hasta genellikle doktor tarafından tedavi edilir ve hastanın hastaneye gitmesine gerek kalmaz. Bu nedenle Amerika' da acil serviste tedavi edilen hastaların büyük kısmı Almanya' da herhangi bir hastanede tedavi için kabul edilmez (Düzova 2015).

Franko-German modelinde paramediklere doktor gözetimi altında hayat kurtarıcı ilaç uygulama ve ileri tıbbi girişim izni verilir. Anglo-Amerikan modelinde ise paramedikler eğitim seviyelerine göre bazı işlemleri yapma yetkisine sahiptirler. Anglo-Amerikan modelinde eğitim hastayı temel alır. Franko-German modelinde saha ve olay yerini temel alan eğitim sistemi mevcuttur (Dick 2003).

Anglo-Amerikan modeli sistemin daha iyi olduğu için değil doktor yetersizliği ve ekonomik olarak yetersizlikten dolayı oluşturulmuştur. Almanya' da ise Franko-German modeli olan doktor bazlı sistem Alman Cerrah Martin Kichner tarafından 1950' lerin ortasında travma hastalarına uzman bir doktor tarafından yeterli bakım sağlanması amacıyla oluşturulmuştur (Düzova 2015).

Anglo-Amerikan modelinde paramediklerin eğitimi daha az maliyet ile daha az zaman gerektirir ve paramedikler doktorlardan daha az ücret alırlar. Bu nedenle Franko-German modeli Anglo-Amerikan modeline göre daha maliyetlidir (Dick 2003).

#### **1.6.4. Dünya'da Kullanılan Acil Çağrı Numaraları**

Acil bir durumda insanların ihtiyaç duyduğu en zor zamanlarda yardıma gelecek acil sağlık sistemlerinin telefon numaraları herkes tarafından bilinmelidir. Bu numaralar genellikle kolay çevrilebilen numaralar olmakla birlikte ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir.

Ulusal acil yardım çağrı numarası ABD ve Kanada' da 911 olarak kullanılmaktadır. Acil çağrı numarasının tek bir numara olarak kullanılması insanların acil sağlık sistemine ulaşımını kolaylaştırmıştır. İngiltere' de 999, Japonya' da 119, İsrail' de 101, Fransa' da 15 ve Yunanistan' da 166 olarak hizmet vermektedir. Almanya' da ise 112 ambulans ve itfaiyenin ortak numarası olarak kullanılırken polis 110' u kullanmaktadır (İnan ve Sofuoğlu 2006).

Avrupa Birliği kendi bünyesinde alınan kararlar doğrultusunda 112 acil çağrı numarasının ortak numara olarak kullanılmasını istemektedir. Ancak AB üyesi ülkelerden nüfus çoğunluğunun az olmasının avantajıyla sadece Hollanda, Malta, İzlanda ve İsveç 112 numarasını tek acil durum numarası olarak kullanmaktadır (Sofuoğlu 2007).

#### **1.6.5. Ülkemizde Uygulanan Acil Sağlık Sistemi**

Günümüzde ülkemizde uygulanan acil sağlık sistemi modeli Anglo-Amerikan modeli olarak bahsi geçen scoop and run (kap-götür) modelidir. Her türlü koşulda görev yapmaya hazır ambulanslarda doktor, paramedik, acil tıp teknisyeni ve şoförden oluşan ekipler 24 saat kesintisiz hizmet vermektedir.

Türkiye' de acil sağlık araçlarına ait sınıflama, 20 Eylül 2013 tarihli ve 28771 Sayılı Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik kapsamında sınıflandırılmıştır. Buna göre ambulanslar, kullanım amacına göre acil yardım ambulansı, hasta nakil ambulansı, yoğun bakım ambulansı ve özel donanımlı ambulans olarak sınıflandırılır. Ambulanslar ulaşım türüne göre ise kara, hava ve deniz ambulansı olarak sınıflandırılır (Küçük 2014).

Kara ambulanslarını kısaca açıklamak gerekirse karada giden ambulanslar kara ambulansı olarak adlandırılır. Bunlar;

Acil yardım ambulansı, her türlü acil durumda, olay yerinde veya ambulans içinde gereken tıbbi müdahaleyi yapabilecek ekip ve tıbbi donanımı mevcut kara aracıdır.

Hasta nakil ambulansı, acil bir tıbbi girişim gerektirmeyen hasta veya yaralının sadece nakli için kullanılan ve en az bir sağlık çalışanı bulunan gerekli teknik ve tıbbi donanıma sahip kara aracıdır (Küçük 2014).

Yoğun bakım ambulansı, hasta veya yaralının ileri derecede izlenebilecek donanıma sahip ve ileri seviyede tedavi yapabilmeye yönelik tasarlanmış kara aracıdır.

Özel donanımlı ambulanslar ise tıbbi yardımı sağlayabilecek donanıma sahip, görev yaptığı coğrafi bölgenin koşullarına uygun olarak tasarlanmış buna uygun personel ve ekipmanı olan kara aracıdır. Örneğin küvöz bulunan yenidoğan ambulansı, arazi tipi kar paletli, obez hasta taşıyabilen, kara, deniz ve kar motosikleti gibi ambulanslar özel donanımlı araçlardır (Küçük 2014).

Hava ambulansı hasta nakil ve acil tıbbi müdahalede kullanılmak üzere ulusal sivil havacılık yetkili biriminden uçuş izni mevcut olan tıbbi donanıma sahip uçak ve helikopterlerdir (Yıldız 2013).

Deniz ambulansı ise hasta nakli ile acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak için Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığında çalışma izni almış gerekli tıbbi donanıma sahip deniz araçlarıdır (Yıldız 2013).

## 1.7. Memnuniyet Kavramı ve Hasta Memnuniyeti

Memnuniyet kavramı kelime anlamı olarak memnun olma, sevinç duyma, sevinme gibi anlamlara gelmektedir. Oliver'e göre (1996) memnuniyet, müşterinin yerine getirmesi gereken bir tepkidir. Sağlık sisteminin temelinde esas olan hastadır. Sağlık işletmelerinin müşterisi olan hasta sistemin odağında yer almaktadır. Burada genelde müşteri memnuniyeti olarak kullanılan terim sağlık sisteminde araştırmacılar tarafından hasta memnuniyeti olarak kabul edilmiştir. Yani hasta memnuniyeti ile müşteri memnuniyeti paralel olgulardır (Derin ve Demirel 2013).

Hasta memnuniyeti, hastanın hizmeti satın almadan önce hastaneden beklentileri ile hizmeti satın aldıktan sonra elde ettiği faydanın karşılaştırmasıdır (Çetintürk 2016). Sağlık hizmetlerinde verilen hizmetin etkinlik ve kalitesini ölçen performans ölçümleri hastalara verilen sağlık hizmetlerinin daima iyileştirilmesini hedefler. Bu nedenle hasta memnuniyeti kavramı ön planda tutulmaktadır.

Hasta memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen biraz karmaşık bir kavram olmakla birlikte kaliteli hasta bakımının da en önemli göstergelerinden kabul edilir. Genel olarak hasta memnuniyeti, verilen sağlık hizmetinin hastanın beklentilerini karşılaması veya verilen hizmeti hastaların algılamalarına dayanmaktadır. Hizmet kalitesini temel olarak hastanın memnuniyet derecesi belirlemekte bu süreçte hastanın sağlık kurumuna başvurusundan teşhis, tedavi ve sonuçların alınmasına kadar tüm faaliyetler önemli rol oynamaktadır (Kıdak ve Aksaraylı 2008).

1960' lı yıllarda ortaya atılan ve 1980' lerde ilgi odağı olan hasta memnuniyeti kavramı üzerine devam eden on yıl içinde yapılan çalışma sayısı beş kat artmış durumdadır. Hastanın geçmiş deneyimleri, yaşam tarzı, görsel ve yazılı basından duyduğu bilgiler, çevresinden edindiği bilgiler, yaşı, cinsiyeti, sağlık durumu, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, kendi sağlık durumunu algılaması gibi pek çok faktör hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (Yılmaz 2001).

Hasta memnuniyeti hastanın beklentilerinin ne ölçüde karşılandığı konusunda bilgi veren esas otoritenin hasta olduğu sağlık hizmetinin kalitesini gösteren temel ölçüt olarak ifade edilmiştir (Carr-Hill 1992). Buradan hareketle hasta memnuniyeti algılanan sağlık hizmeti ile beklenen sağlık hizmetinin bir kıyaslamasıdır. Buna göre bir hastanın hizmeti almadan beklediği sağlık hizmeti olmakta sağlık hizmetini

aldıktan sonra geçirdiği deneyime göre belli algılar oluşmaktadır. Hasta algıladığı kalite ile beklediği kalite arasında yaptığı kıyaslama sonucunda tatmin olup olmadığına bakmaktadır (Berry 1985). Hastalar memnun olup olmadığı yargısına kişisel izlenimlerine dayanarak, beklentileriyle yaşadıkları deneyimlerini karşılaştırmak suretiyle varmaktadır. Bu yargılar ise hasta tatmin ölçümü yapmak için yeterli sayılmaktadır (Tezcan ve ark 2014).

Hasta memnuniyeti artık günümüzde sağlık hizmetlerinin kalitesi, verimliliği ve etkililiğinin değerlendirilmesi konusunda önemli bir kavram haline gelmiştir. Sağlık hizmeti sunucuları da hastaların beklenti ve ihtiyaçları ile hizmet sunumu sonrasında algıladıkları tatmin sonuçlarına göre hareket etmektedirler (Top ve ark 2010).

### **1.7.1. Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet**

Sağlık hizmetlerinde memnuniyet hastaların sağlık hizmetlerini ve deneyimlerini pozitif düşüncelerle yansıtmaktır. Memnun hastalar hizmet sunuculara daha fazla güvenmeye, karşılıklı ilişkilerine daha fazla inanmaya, hastaneyi diğer hastanelere göre daha fazla tavsiye etmeye meyillidirler (Çetintürk 2016).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen birtakım unsurlar vardır. Bunları gruplar halinde incelemek mümkündür. İlk olarak hasta ile ilgili unsurlar, yaş, etnik köken, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyi, sağlık durumudur. Hekim ile ilgili unsurlar, hekimin hasta beklentilerini anlaması, gelişmiş iletişim becerileri, hekim-hasta iletişimi, kontrolün paylaşılması, hastaya yeterli ve nitelikli zaman ayırmak, mesleki beceri, önyargısız olmak, güleryüz göstermek, mahremiyete saygı ve yaptığı işten memnun olmak hasta memnuniyetini etkileyen hekim ile ilgili unsurlardır. Sağlık sistemi ile ilgili unsurlar, sağlık ekibinin tutumu, sağlıklı kayıt tutmak, konsültasyon ve sevk süreci, hizmette süreklilik, sisteme ulaşılabilirlik hasta memnuniyetini etkilemektedir (Dinç ve ark 2009).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti kaliteli sağlık hizmetinin önemli bir parçasıdır. Hasta memnuniyet düzeyinin belirlenmesi kaliteli hizmet sunulması ve hasta beklentilerine göre hizmet verilmesi açısından önem arz etmektedir (Söylemez 2009).

Sağlık hizmetleriyle ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika' da hemşirelik alanında çalışma yapılmıştır. Günümüzde bilhassa gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyeti, verilen sağlık hizmetinin kalitesi ölçümünde önemli bir yere sahiptir (Kılınç 2009).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti üzerine yapılmış sayısız çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalardan bazılarını yıllar itibariyle kısaca şöyle özetlemek mümkündür:

Kıdak ve Aksaraylı (2008) tarafından bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan hasta memnuniyeti çalışmasında hastaların hastane tercihinde daha çok hekimlerin rolünün fazla olduğu ifade edilmiş, hekim memnuniyetinin öneminden bahsedilmiştir. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinin bir ekip işi olduğunun altı çizilmiş, hastane gibi büyük organizasyonlarda hasta memnuniyetinin ekip işiyle üst düzeylere çıkarılabileceği görüşü savunulmuştur (Kıdak ve Aksaraylı 2008).

Taşlıyan ve Akyüz (2010) tarafından Malatya ilinde Malatya Devlet Hastanesi' nden hizmet alan hastaların memnuniyet düzeylerini ve beklentilerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada memnuniyet düzeyinin yüksek çıktığı, hizmet alan hastaların çalışan personelin tutum ve davranışlarından yüksek oranda memnun olduğu ifade edilmiştir (Taşlıyan ve Akyüz 2010).

Zaim ve Tarım'a (2010) göre sağlık hizmetlerinde kalite göstergesinin gelişmesiyle birlikte hasta memnuniyeti kavramı da önem kazanmıştır. Servqual yöntemiyle beş kamu hastanesinde yaptıkları bu memnuniyet çalışmasında hizmet kalitesini etkileyen müşteri memnuniyeti ile ilgili beş faktör tespit edilmiştir. Bunlar somut varlıklar, güvenilirlik, cevap verme ve muhatabını anlama, empati ve güven faktörleridir. Bu faktörlerden genel olarak memnuniyet düzeyi oldukça yüksek çıkmış sadece cevap verme ve muhatabını anlama açısından memnuniyet düzeyinin düştüğü ifade edilmiştir. Yazarlar tarafından genel memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu değerlendirilirken memnun olmuş hastanın ancak memnun çalışanlar tarafından sağlanabileceği önerilmiştir (Zaim ve Tarım 2010).

Taşlıyan ve Gök (2012) tarafından yapılan hasta memnuniyeti çalışmasında devlet ve özel hastanelerde hasta memnuniyeti ile ilgili olarak genelde katılımcıların devlet hastanelerine göre özel hastanelerden daha fazla memnun oldukları bunun



yanı sıra özel hastanelerin de birtakım eksiklikleri olduğu sonucu bildirilmiştir (Taşlıyan ve Gök 2012).

Büber ve Başer (2012) tarafından vakıf üniversitesi hastanesinde yürütülen bir hasta memnuniyeti çalışmasında hizmet alan hastaların yüksek düzeyde memnuniyet duydukları tespit edilmiştir. Hastane personelinin güleryüzlü oluşu, kibar ve saygılı tutumları, yardıma her zaman hazır olarak beklemeleri memnuniyet düzeyini artıran etmenler olduğu ifade edilmiştir. Yapılan çalışmada hastanenin fiziki ortamı ve özellikleri açısından da memnuniyet oranı yüksek çıkarken hastaneye ulaşılabilirlik bakımından memnuniyet oranının düşük çıktığı ifade edilmiştir (Büber ve Başer 2012).

Yurtsever (2013) tarafından Karabük ilinde Karabük Devlet Hastanesi' nde yatan hastalar üzerinde yapılan hasta memnuniyeti araştırmasında, yatan hastaların tatmin düzeyini etkileyen iki ana unsur olan insan ve araç-gereç faktörü bakımından memnuniyet düzeyleri ölçülmeye çalışılmıştır. Araştırma sonucunda hizmet alan yatan hastaların doktorlar ve hemşireler açısından memnuniyet düzeyi yüksek olarak tespit edilirken hizmet esnasında kullanılan araç-gereç ve yönetim bakımından memnuniyet düzeyinin düşük olduğu ifade edilmiştir (Yurtsever 2013).

Tezcan ve arkadaşları (2014) tarafından üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda yapılan hasta memnuniyeti çalışmasında memnuniyet düzeyinin genel olarak yüksek bulunduğu tespit edilmiştir. Bunu etkileyen faktörlerin başında sağlık kurumunun konfor ve temizliğinin yanı sıra hekimin hastaya ilgisi, kibar ve saygılı olması, mahremiyet konusu gelmektedir. Ancak çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun muayene olacağı doktoru kendi seçemediği, 15 dakika içinde muayene olamadığı ve verilen ilaçların yan etkilerinin anlatılmadığını yazarlar ifade ederken bu faktörlerin memnuniyetsizliğe neden olmadığını tespit etmişlerdir (Tezcan ve ark 2014).

Bol ve arkadaşları (2015) tarafından İzmir ilinde hizmet veren bir eğitim araştırma hastanesinde yapılan hasta memnuniyeti araştırmasında hastaların hastaneye girişinden çıkışına kadar tüm süreçte aldığı hizmet kalitesi ve memnuniyet düzeyi değerlendirilmiştir. Çalışmada % 83 oranında genel memnuniyet düzeyi ortaya çıkmış olup hizmet alan hastaların hemşirelik ve hekimlik hizmetlerinden



memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu destek birimlerinde sunulan hizmetlerden memnuniyet düzeyinin düşük olduğu ifade edilmiştir.

Türkuğur ve arkadaşları (2016)' na göre sağlık kurumlarında kaliteyi artırmak için hastaların memnuniyet düzeyini ölçmek gerekmektedir. Yazarların Ankara ilinde bir eğitim hastanesinde yapmış olduğu memnuniyet çalışmasında hastanede yatan hastaların genel memnuniyet düzeyi oldukça yüksek olarak tespit edilmiştir. Memnuniyet düzeyi çeşitli faktörler açısından değerlendirilmiş, memnuniyet düzeyinin en düşük olarak bulunduğu mutfak ve yemekhane hizmetleri konusunda neler yapılabileceğine yönelik önerilerde bulunulmuştur (Türkuğur ve ark 2016).

Erdugan ve arkadaşlarınca (2017) Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yürütülen çalışma kapsamında ayaktan sağlık hizmeti alan hastalara ve çalışan personele memnuniyet anketi uygulanmıştır. Memnuniyet düzeyi personel, fiziki koşullar ve hekim olmak üzere üç temel faktör açısından değerlendirilmiş ve memnuniyet düzeyinin iyi olduğu sonucuna varılmıştır. Yapılan çalışmada hastaların % 87' si hekimlerden memnun oldukları, % 78,4' ü sağlık kurumunu tekrar tercih edeceğini, % 73' ü başkalarının memnun kaldığı tavsiyesiyle sağlık kurumunu tercih ettiği bulguları ifade edilmiştir. Yazarlar tarafından kalitenin sürekliliği için düzenli olarak memnuniyet çalışması yapılması önerilmiştir (Erdugan ve ark 2017).

Topal ve Şahin (2017) tarafından Simav Devlet Hastanesi' nde hasta memnuniyeti konusunda hastanenin üstün ve zayıf yönleri ile memnuniyet algısını etkileyen faöktörlerin tespitine yönelik çalışma yürütülmüştür. Çalışmada erkek hastaların kadın hastalara göre daha yüksek düzeyde memnun oldukları, eğitim seviyesi arttıkça memnuniyet düzeyinin azaldığı, memnuniyet algısını etkileyen dört grup faktör olduğu tespit edilmiştir (Topal ve Şahin 2017).

Hasta memnuniyeti konusunda yapılan çalışmalar incelendiğinde genellikle hastaların sağlık personelinden ve sağlık hizmetlerinden memnun olduğu ifade edilmiştir. Yapılan çalışmaların çoğu yatarak hizmet alan hastalar üzerinde yapıldığı görülmektedir. Memnuniyet düzeyinin düşük olduğu alanlar ise otelcilik hizmetleri ve yemekhane gibi yardımcı hizmetlerdir. Ancak bu durumun genel memnuniyet düzeyini etkilemediği belirtilmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalarda memnuniyeti etkileyen faktörlerde ortaya konulmaya çalışılmıştır.

### 1.7.2. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet

Literatürde hasta memnuniyeti konusunda sayısız çalışma yapıldığı yukarıda belirtilmişti. Fakat yapılan bu çalışmalar genellikle yatan hastalar yani klinik hastası ve birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık kurumlarından ve özel hastanelerden ayaktan hizmet almış hastalar üzerinde olduğu görülmektedir.

112 acil sağlık hizmetlerinden hasta memnuniyeti konusunda yapılan çalışmaların sayısı hayli kısıtlıdır. Bunun yanı sıra 112 acil sağlık hizmetlerinin entegre olarak çalıştığı hastane acil servislerinde yapılan hasta memnuniyeti çalışmaları mevcuttur. Literatürde acil servislerde hasta memnuniyeti üzerine yapılan çalışmaları kısaca şöyle özetlemek mümkündür:

Taylor ve Bengler (2004) tarafından İngiltere Bristol Royal İnfirmarı Hastanesi acil tıp alanında hasta memnuniyeti konusunda çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmada acil servislerde hasta memnuniyetini etkileyen en sık üç faktörün personel tutumları, bilgi verilmesi ve bekleme süresi olduğu ifade edilmiştir (Taylor ve Bengler 2004).

Türkçüer (2005) tarafından acil serviste hasta memnuniyeti üzerine yapılan bir çalışmada acil servislerin kesintisiz hizmet sunan sağlık birimleri olduğu, acil servislerin hastaların acil ihtiyaçlarına cevap veren hastane vitrinleri olduğu ifade edilmiştir. Bu yüzden acil servislerde memnuniyeti ve kaliteyi artırmak adına doktor ve hemşirelerin hasta ile iletişimi, teknik donanım ve bekleme zamanının acil servislerde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli değişkenler olduğu tespit edilmiştir (Türkçüer 2005).

Sultana ve arkadaşları (2010) tarafından Pakistan Rawalpindi Hastanesi Acil Servisi'nden hizmet alan hastalara çeşitli faktörler açısından memnuniyet çalışması yapılmıştır. Çalışma sonucunda hizmet alan hastaların büyük çoğunluğu personelin tutum ve davranışlarından memnun kaldığı, genel memnuniyet düzeyinin iyi olduğu ifade edilmiştir. Yazarlar tarafından acil serviste telefon kullanımı, güvenli içme suyu ve genel temizlik açısından önerilerde bulunulmuştur (Sultana ve ark 2010).

Soleimanpour ve arkadaşları (2011) tarafından İran Tebriz İmam Rıza Hastanesi Acil Servisi'nden hizmet alan hastalar üzerinde yapılan hasta memnuniyeti

çalışmasında genel memnuniyetin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bekleme zamanı, eğitim düzeyi, personel davranışları, muayene odaları gibi faktörlerin memnuniyeti etkileyen unsurlar olduğu ifade edilmiştir (Soleimanpour ve ark 2011).

Oruç ve Taş (2014) tarafından Afyon Kocatepe Üniversitesi Acil Servisinden hizmet alan hastalar üzerinde yapılan memnuniyet çalışmasında hizmet alınan acil servise tekrar gelme isteği % 89,3 ve başkalarına tavsiye etme oranı % 84,4 olarak tespit edilmiştir. Genel olarak memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu, memnuniyet düzeyinin düşük olduğu alanlara hastane yönetimi tarafından ağırlık verilerek kaliteyi artırmak adına gereken önlemlerin alınmasının yerinde olduğu önerilmiştir (Oruç ve Taş 2014).

Eshghi ve arkadaşları (2016) tarafından İran Tebriz' de Sina Hastanesi Acil Servisi' nden sağlık hizmeti alan hastalara acil serviste hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla farklı boyutlardan memnuniyet çalışması yapılmıştır. Hastaların genel olarak acil servis hizmetlerinden memnun olduğu tespit edilmiş, hekimlerin bilgisi, hemşirelerin performansı, fiziksel çevre ve iş akışı en fazla memnun olunan boyutlar olarak ifade edilmiştir. Yazarlar tarafından fiziksel alanların geliştirilmesi gerektiği ve iş akışının daha da iyileştirilebileceği önerilmiştir (Eshghi ve ark 2016).

Hastanelerin vitrini olan ve 112 acil sağlık hizmetleriyle koordineli olarak çalışan acil servislerin sağlık hizmetlerinde önemli bir yeri vardır. Acil servislerden hizmet alan hastalar üzerinde yapılan memnuniyet çalışmalarında hastaların sağlık hizmetlerinden genel olarak memnun olduğu gözlenmiştir. Çalışmalarda memnuniyeti etkileyen faktörler tespit edilmeye çalışılmış, memnuniyet düzeyini düşüren alanlarda ne yapılması gerektiği hususunda önerilerde bulunulmuştur. Hastaların, personelin tutum ve davranışlarından memnun olduğu, iletişim, bilgi verilmesi, ilgi ve alakadan memnun olduğu saptanmıştır. Çalışmalarda memnuniyetsizliğin var olduğu alanlarda neler yapılması gerektiği ifade edilmiştir.

## 1.8. 112 Acil Sağlık Hizmetleri' nde Memnuniyet Konusunda Yapılmış Çalışmalar

Yapılan literatür taraması sonucunda, 112 acil sağlık hizmetleri memnuniyet düzeyinin belirlenmesine yönelik sınırlı sayıda çalışmanın olduğu ve bu çalışmalarda genel olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan anketler ile memnuniyet düzeyinin belirlenmeye çalışıldığı görülmüştür. Literatürde yıllar itibariyle yer alan çalışmalara ilişkin bilgiler kısaca aşağıda özetlenmiştir:

O'meara (2003) tarafından yapılan bu çalışmada Avusturalya' nın Viktoria bölgesinde kırsal kesimde ambulans hizmetlerinden memnuniyet düzeyini belirlemek hedeflenmiştir. Araştırmanın bulgularında genel olarak memnuniyet % 42 oranında mükemmel, % 44 oranında çok iyi, % 37 oranında memnun, % 4 oranında kötü bulunmuştur. Bu bulgular ışığında toplumun genel olarak ambulans hizmetlerinden memnun olduğu yazar tarafından ifade edilmiştir (O'meara 2003).

Halter ve arkadaşları (2006) tarafından İngiltere Londra Üniversitesi' nde yapılan bir çalışmada Londra' da ambulans hizmetlerinden ve acil servis hizmetlerinden yararlanan hastalara memnuniyet anketi uygulanmıştır. Çalışma sonucunda her iki gruptaki hastaların memnuniyet düzeyi büyük ölçüde olumlu ve benzer olduğu tespit edilmiştir (Halter ve ark 2006).

Türkdemir ve arkadaşları (2007) Ankara ilinde 112 acil sağlık hizmetlerinden hizmet almış kişilerin memnuniyet düzeyini belirlemeye ve zaman faktörü ile ilişkisini saptamaya çalışmışlardır. Çalışma sonunda hasta memnuniyet düzeyinin oldukça yüksek çıktığı ifade edilmiştir (Türkdemir ve ark 2007).

Lund Üniversitesi' nden Johansson ve arkadaşları (2011) tarafından Güney İsveç Bölgesi' nde hastaların ambulans hizmetlerinden memnuniyetini ölçmek amacıyla yapılan hasta memnuniyeti çalışmasında hastaların alınan hizmetten ve ambulans personelinden memnun olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların yüksek oranda psikolojik ve fiziksel güvenlik duygusu yaşadığı ifade edilmiştir (Johansson ve ark 2011).

Sharifi ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan hasta memnuniyeti çalışması İran' ın Shahrekord şehrinde hastane öncesi ve ambulans hizmetlerinden

yararlanan hastaların memnuniyetini sorgulamak amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın bulgularında memnuniyet düzeyi erkeklerde, evli insanlarda, eğitim seviyesi düşük kişilerde diğerlerine oranla oldukça yüksektir. Genel olarak memnuniyet düzeyi % 50' nin üzerinde tespit edilmiştir. En yüksek memnuniyet düzeyi % 58,78 ile acil merkezlerinin etkinliği üzerinedir. En düşük memnuniyet düzeyi ise % 58,73 ile teknik performans olarak tespit edilmiştir. Araştırmanın sonucunda hasta memnuniyetini artırmak için hastalara daha fazla zaman ayrılması ve teknik donanım açısından hizmetlerin geliştirilmesi önerilmiştir (Sharifi ve ark 2012).

Blomstedt ve arkadaşları (2013) tarafından İsveç'in güneyinde Skane Bölgesi' nde halk üzerinde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin kullanımı, bilgisi ve beklentilerini araştırmak amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Çalışma sonucunda eğitimi en az olan personelin paramedik olduğu, hastaların personelin bilgi ve iş becerisine güven duyduğu bulgularına ulaşılmıştır. Ambulans personelinin bilgisi ve tedavisine hastalar tarafından güvenildiği ambulans personeliyle olumlu bir iletişim içinde bulunduğu tespit edilmiştir (Blomstedt ve ark 2013).

Şenol ve arkadaşları (2013) tarafından Kayseri ilinde yapılan 112 acil sağlık hizmetlerinden hasta memnuniyet araştırmasında halkın çoğunluğunun acil sağlık hizmetlerinden memnun olduğu tespit edilmiştir. Personelin tutum ve davranışları, güvenilirliği, tıbbi müdahale ve hasta mahremiyetine gösterilen özen, ambulansın ekipman ve donanımı açısından memnuniyet düzeyi oldukça yüksek olduğu ifade edilmiştir. Memnuniyet düzeyini daha da yükseltecek önerilerde bulunulmuştur (Şenol ve ark 2013).

Bogomolava ve Kapulski (2014) tarafından özel bir ambulans şirketi adına, Avusturalya' nın başkenti, Yeni Güney Galler, Kuzey toprakları, Queensland, Güney Avusturalya, Tazmania, Batı Avusturalya, Viktoria, Avusturalya' nın geneli ve Yeni Zelanda olmak üzere 10 bölgede acil sağlık hizmetlerinden memnuniyet çalışması yapılmıştır. Genel memnuniyet oranı Avusturalya ülkelerinde %98, Yeni Zelanda' da % 98 olarak tespit edilmiştir. Ambulansın olay yerine ulaşması için makul süre Avusturalya ülkelerinde 14 dk, Yeni Zelanda' da 15 dk olarak bulunmuştur.

Araştırmanın sonucunda genel olarak % 98 oranında memnuniyet söz konusu olmuştur (Bogomolova ve Kapulski 2014).

Batı (2014) tarafından Konya ilinde yapılan 112 acil sağlık hizmetleri hasta memnuniyeti çalışmasında % 94,79 oranıyla oldukça yüksek memnuniyet düzeyi tespit edilmiştir. Merkezde yer alan 112 acil sağlık istasyonlarından memnuniyet düzeyinin ilçe istasyonlarından daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Batı 2014).

Güney Avustralya Üniversitesi'nden Bogomolova ve arkadaşları (2016) Avustralya, Papua Yeni Gine ve Yeni Zelanda' da 2003-2012 yılları arasında toplanan ambulans memnuniyet anketleri analiz çalışması yapmışlardır. Yapılan çalışmada ambulans hizmetlerinden memnuniyet çağrıyla bağlanma zamanı, ambulans varış zamanı, ambulans yolculuğu kalitesi, personelin bakımı ve tedavisi, bilgi verme ve genel memnuniyet düzeyi boyutlarından ele alındığı ifade edilmiştir. Çalışma sonucunda memnuniyet düzeyinin çok olumlu olduğu tespit edilmiştir (Bogomolova ve ark 2016).

Örselli ve Bayrakçı (2017) tarafından Konya ilindeki hizmetlerden vatandaş memnuniyeti nasıl sağlanacağına yönelik yapılan çalışmada vatandaşlara memnuniyet anketi uygulanmak suretiyle yerel hizmetlerden memnuniyet çalışması yapılmıştır. Çalışmada halkın en fazla memnun olduğu yerel hizmet % 82,2 oranıyla 112 acil sağlık hizmetleri olduğu tespit edilmiştir (Örselli ve Bayrakçı 2017).

Ambulans hizmetleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinden hasta memnuniyeti alanında yapılan çalışmaların sayısı hayli az olmasına karşın literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde genel memnuniyet düzeyinin oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların aldıkları hizmetten, ambulans personelinden, personelin bilgi ve iş becerisinden memnun olduğu ifade edilmiştir. İnsanların yaşadığı bölgede en fazla memnuniyet duyduğu hizmetlerin başında 112 acil sağlık hizmetlerinin geldiği saptanmıştır. Bunun yanı sıra ambulansın teknik donanımı, hasta memnuniyetinin daha fazla artırılması için daha çok zaman ayrılması açısından önerilerde bulunulmuştur.



## **2. GEREÇ ve YÖNTEM**

Araştırmanın amacı ve literatür bulguları değerlendirildiğinde araştırmanın gereç ve yöntemi aşağıda detaylı olarak açıklanmıştır:

### **2.1. Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın temel amacı 112 acil sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyet ölçeğinin geliştirilmesi ve hasta memnuniyet düzeyinin belirlenmesidir. Araştırmanın alt amaçları ise şu şekilde sıralanabilir:

- a) 112 acil sağlık sisteminin ve hasta memnuniyeti kavramının kavramsal olarak incelenmesi,
- b) 112 acil sağlık hizmetlerinden hasta memnuniyet düzeyinin belirlenerek, memnuniyeti etkileyen faktörlerin tespit edilmesi,
- c) Verilen 112 acil sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ortaya konularak, sağlık yöneticilerinin konuya dikkatinin çekilmesi ve önerilerde bulunulmasıdır.

### **2.2. Araştırmanın Önemi**

Araştırmanın başlığı "112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Hasta Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi ve Hasta Memnuniyet Ölçeğinin Geliştirilmesi" olarak belirlenmiştir.

Literatüre bakıldığında hem ulusal hem de uluslararası alanda 112 acil sağlık hizmetlerinden hasta memnuniyetinin ölçülmesine yönelik geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş herhangi bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde genel olarak ayaktan veya yatan hasta memnuniyet anketleri kullanıldığı veya 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan memnuniyetine yönelik çalışmalar yapıldığı görülmüştür. Bu nedenle bu çalışmada yapısal eşitlik modeli çerçevesinde faktörler belirlenmiş, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılarak hem bir ölçüm aracı geliştirilecek hem de 112 acil sağlık hizmetlerinden hasta memnuniyeti ile ilgili mevcut durum ortaya konulacaktır.

Bu çalışmada böyle bir yöntem seçilmesinin ve yukarıda bahsedilen istatistiksel analizlerin yapılmasının nedeni hem yerli hem de yabancı literatürde geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş bir ölçüm aracının bulunmamasıdır. Bu



nedenle çalışmanın gerçekten özgün nitelikte bir çalışma olduğu ve bu alanda duyulan ölçek ihtiyacını karşılayacağı aşikardır.

### **2.3. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma zaman unsuru açısından retrospektif özellikte, tipine göre tanımlayıcı özellikte bir çalışmadır. Araştırma sonucunda tanımlayıcı özellikte bulgular ortaya konulmuştur. Araştırmada nicel veriler toplanmış ve analiz edilmiştir. Tanımlayıcı araştırmaların en önemli özelliği araştırma sonuçlarının bir durumu tanımlaması fakat bu durumu açıklamak üzere karşılaştırmalar yapmamasıdır (Büyüköztürk ve ark 2013).

### **2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Çalışmanın evrenini Aksaray il merkezi genelinde 01/01/2015 - 30/06/2015 tarihleri arasında Aksaray 112 acil sağlık hizmetlerinden hizmet almış hasta ve hasta yakınları oluşturmuştur. Aksaray ilinde aylık ortalama olarak 112 acil sağlık hizmetlerini **2.500** kişinin kullandığı bilinmekte olup dolayısıyla **15.000** hasta/hasta yakını çalışma kapsamına alınmıştır. Ancak evren büyüklüğünün çok fazla olması sebebiyle örneklem seçimi yapılması uygun görülmüştür. Altunışık ve ark (2012) tarafından onbeş bin evren büyüklüğünü temsil edebilecek gerekli örnek büyüklüğü **375** kişi olarak bildirilmiştir. Yukarıda belirtilen aşamalardan sonra geliştirilen anket formunun, bu çalışmanın ölçek geliştirme çalışması olduğundan dolayı Büyüköztürk (2002)' ün belirttiği gibi soru sayısının 10 katı kadar yani **400** kişiye uygulanmasına karar verilmiştir.

### **2.5. Araştırma Etiği**

Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurulu' ndan 27/05/2015 tarihli ve 2015/47 sayılı Etik Kurul Onayı alınmıştır. Ayrıca araştırmanın ilgili alanlarda yapılabilmesi için Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü' nden gerekli yazılı izin alınmıştır.

### **2.6. Araştırma Verilerinin Toplanması**

Geliştirilecek olan ölçeğin uygulanmasında yani örneklemi oluşturulan "basit rastgele örneklem seçimi yöntemi" kullanılmıştır. Araştırma için ihtiyaç

duyulan veriler Aksaray il merkezi genelinde 01/01/2015 - 30/06/2015 tarihleri arasında Aksaray 112 acil sağlık hizmetlerinden hizmet almış hasta ve hasta yakınlarına anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Ankette ilk olarak bilgilendirilmiş onam yer almakta, daha sonra demografik veriler ve soru maddeleri yer almaktadır.

Geliştirilen ölçüm aracının uygulanması için Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan yazılı izin doğrultusunda, Aksaray 112 acil sağlık hizmetlerinden sağlık hizmeti almış 112 Komuta Kontrol Merkezi veri tabanından, uygulama yapılacak 400 hasta veya hasta yakınının iletişim bilgilerine ulaşılmıştır. Ulaşılan 400 hasta/hasta yakınına yüzyüze anket uygulaması yapılmıştır.

Bahsi geçen tarihlerde 112 acil sağlık hizmetlerinden hizmet alan bilinci kapalı hastalar anket uygulanamaması nedeni ile bu çalışmanın kısıtını oluşturmaktadır. Bu durumdaki hastaların yakınlarıyla görüşülüp çalışmaya dahil edilmiştir.

## **2.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Bu çalışma sonucunda ortaya konulacak ölçüm aracının geliştirilmesi sürecinde şu aşamalar takip edilmiştir:

- **Literatür taranması:** Konu ile ilgili ulusal ve uluslar arası düzeydeki yapılan çalışmalar taranarak konu tüm boyutları ile irdelenmiştir. Bu aşama ile ölçülecek yapının belirlenmesi amaçlanmıştır.
- **Madde havuzunun oluşturulması:** Bu aşamada ölçülecek yapının tüm boyutlarını kapsayacak şekilde 40 maddelik bir soru havuzu oluşturulmuştur. Soru havuzunda 112 acil çağrı numarasına telefonda ulaşım, ambulansın gelme süresi, çalışanların bilgi düzeyi ve hizmet sunum şekli, teknik donanım, hasta mahremiyeti, hasta veya yaralının sağlık kurumuna ulaştırılma süreci ve genel memnuniyet düzeyi boyutlarına yönelik sorular yer almıştır.
- **Ölçme biçiminin belirlenmesi:** Geliştirilmiş olan ölçüm aracı Likert Tipi ve 5 maddeli cevaplardan oluşan anket türü bir ölçektir. Maddeler; *1- Kesinlikle*

*katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kararsızım, 4- Katılıyorum, 5- Kesinlikle Katılıyorum* şeklinde cevaplardan oluşturulmuştur. Katılımcı maddeleri cevaplandırırken bu şıklardan birini işaretleyerek cevap vermektedir. Değerlendirme yapılırken her bir maddeye verilen puan esas alınmaktadır. Her bir madde için toplam puandaki yükselme memnuniyet düzeyindeki yükselmeyi artırırken, toplam puandaki düşme ise memnuniyet düzeyinin azaldığını ortaya koymaktadır.

- **Başlangıç madde havuzunun uzman değerlendirmesi:** Madde havuzu oluşturulduktan sonra maddelerin içerik ve kapsam bakımından uygun olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla uzmanların görüşüne başvurulmuştur. Bu amaca yönelik olarak on uzman belirlenmiş ve bu kişilerden soru havuzunda yer alan maddelerin çalışmanın amacına uygunluğunu değerlendirmeleri istenmiştir. Uzman kişiler her bir maddeye ilişkin görüşlerini *Muhakkak gerekli, Olabilir ancak gerekli değil, Gerekli değil* şeklinde cevaplandırmışlardır. Uzmanların cevaplarının değerlendirmesinde *Kapsam Geçerlilik Oranı İndeksi (Content Validity Index)* hesaplanarak hangi maddelerin ölçüm aracıda kalması gerektiği kararlaştırılmıştır (Lawshe 1975; Yurdugül 2005). Kapsam geçerlilik oranı indeksi  $KGO = N_G / (N/2) - 1$  formülü ile hesaplanmıştır. Formülde  $N$  çalışmaya katılan toplam uzman sayısını  $N_G$  ise *muhakkak gerekli* seçeneğini işaretleyen uzman sayısını ifade etmektedir. Yurdugül (2005)' e göre KGO değerleri için istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0.05$ ) kabul edilebilecek değerler aşağıda verilen tabloda gösterilmiştir :

Çizelge 2.1. Kapsam Geçerlilik Oranı İndeksi İçin Kabul Edilebilecek Değerler.

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum
5	0.99	8	0.78
6	0.99	9	0.75
7	0.99	10	0.62

Araştırmada uzman kişilere uygulanan 40 maddelik soru havuzundaki her bir maddenin Kapsam Geçerlilik Oranı İndeksi hesaplanmış, yapılan hesaplamalar sonucunda KGO indeksi 0.62 altında kalan maddeler soru

havuzundan çıkarılmış ve 8 madde elenerek 32 maddeden oluşan soru havuzuna ulaşılmıştır. Ulaşılan veriler ve soru havuzunda kalan maddeler KGO indeksleriyle birlikte aşağıdaki tabloda gösterilmiştir :

Çizelge 2.2. Maddelerin Kapsam Geçerlilik Oranı İndeksleri.

SORU HAVUZU	Gerekli değil	Olabilir ancak gerekli değil	Muhakkak gerekli	KGO İndeksi
112'yi aradığımda görevli personele çabuk ve kolay ulaştım.	0	1	9	0,80
Telefonu açan personel beni dikkatlice dinledi.	0	0	10	1
Telefonu açan personel yapmam gerekenleri benim anlayacağım şekilde anlattı ve beni bilgilendirdi.	0	0	10	1
Telefonu açan personel benim anlattıklarımı anladı.	0	1	9	0,80
Telefonu açan personel bana karşı saygılıydı.	0	1	9	0,80
Telefonu açan personele güven duydum.	0	1	9	0,80
Telefonu açan personelden genel olarak memnun kaldım.	0	0	10	1
Ambulans verdiğim adrese gecikme yaşamadan geldi.	0	1	9	0,80
Ambulans personeli hastanın/yaralının şikayetleri hakkında sorular sordu.	0	1	9	0,80
Ambulans personeli hastanın/yaralının şikayetlerini dinledi.	0	1	9	0,80
Ambulans personeli hastaya/yaralıya gereken müdahaleyi olay yerinde uyguladı.	0	0	10	1
Ambulans personeli hasta/yaralı hakkında açıklayıcı bilgiler verdi.	0	0	10	1
Ambulans personeli hastaya/yaralıya yeterince özen gösterdi.	0	1	9	0,80
Ambulans personeli kullanacakları tüm cihazları olay yerine getirdi.	0	1	9	0,80
Ambulans personeli hastaya/yakınına moral verdi.	0	1	9	0,80
Ambulans personelinin mesleki bilgisine güven duydum.	0	0	10	1
Ambulans personelinin tavırlarından genel olarak memnun kaldım.	0	1	9	0,80
Ambulans personelinin üzerinde üniformaları vardı.	0	1	9	0,80
Ambulans personeli hijyen kurallarına dikkat etti.	0	0	10	1
Ambulans personelinin ekip çalışmasını iyi buldum.	0	0	10	1
Ambulans personeli bizim için elinden geleni yaptı.	0	0	10	1
Ambulans personeli hastanın/yaralının mahremiyetine özen gösterdi.	0	0	10	1
Ambulans personeli güler yüzlüydü.	0	1	9	0,80

Çizelge 2.2 (Devam). Maddelerin Kapsam Geçerlilik Oranı İndeksleri.

Ambulans personeli sorularımıza anlaşılır cevaplar verdi.	0	1	9	0,80
Ambulans personeli gerekli prosedürleri açıkladı.	0	0	10	1
Ambulans personelinin getirdikleri cihazlar sorunsuz çalıştı.	0	1	9	0,80
Ambulans personeli hastanın/yaralının niçin hastaneye nakledilmesi/nakledilmemesi gerektiğini anlaşılır şekilde açıkladı.	0	1	9	0,80
Ambulans personeli hastayı/yaralıyı en kısa sürede hastaneye ulaştırdı.	0	0	10	1
Ambulans her türlü müdahale için yeterli donanıma sahipti.	0	0	10	1
Ambulansın içi hava şartları açısından uygundu.	0	0	10	1
Ambulansın içi sessiz, gürültüsüz ve konforluuydu.	0	1	9	0,80
Ambulansla hastaneye nakil olurken güvenli bir şekilde ulaşım sağlandı.	0	1	9	0,80

- **Deneme uygulamasının yapılması:** Ölçek uzman değerlendirmesinden geçtikten sonra deneme uygulamasına tabi tutulmuştur. Deneme uygulanacak grubun yapısı ile esas örnekleme grubunun yapısı benzer özelliklere sahiptir. Deneme uygulaması 20 kişi üzerinde yapılmıştır.
- **Esas Testin Uygulanması:** Geliştirilen ölçekte yer alan soruların ön denemesi yapıldıktan sonra anlaşılmayan veya yanlış anlaşılan sorular ölçekten çıkarılarak ölçeğe son şekli verilmiştir. Soru havuzunda ilk aşamada 40 soru yer almış olup, literatürde ölçek geliştirmede uygulanacak anket sayısı soru sayısının en az 10 katı olması gerektiği belirtildiğinden (Büyüköztürk 2002) 400 kişi üzerinde anket uygulaması yapılmıştır.
- **Madde analizi yapılması:** Soru havuzundan seçilen maddelerin uygunluğu test edilmiştir. Madde analizi güvenilirlik ve geçerlilik analizinden öte bir şeydir. Burada sadece istatistik değil, alan bilgisi ve istatistiksel sonuçların yorumlanması da vardır. Maddeler arası korelasyon, madde-ölçek toplam puanı korelasyonu, maddelerin ortalamaları, faktör analizleri uygulanmıştır.
- **Güvenilirlik testi:** Ölçeğin güvenilirliğinde cronbach alfa, alternatif formlar güvenilirliği, iki yarı güvenilirliği, test-tekrar test güvenilirliği gibi testlerden uygun olan güvenilirlik testi uygulanmıştır.

- **Geçerliliğin testi:** Ölçeğin istenen şeyi ölçüp ölçmediğini anlamak için yani ölçekteki diğer yapıların ölçümü ile olan ilişkisini ortaya koymak için ölçeğin geçerliliği test edilmiştir.
- **Puanların yorumlanması:** Ölçekten elde edilecek puanların kullanımıyla alakalı puanların ne anlama geldiği ile ilgili bilgiler ortaya konulmuştur.
- **Ölçek uzunluğunun uygun hale getirilmesi:** Geliştirilen ölçek yeniden gözden geçirilerek, ölçekteki gereksiz maddeler karışıklığa sebep olmaması için ölçekten çıkarılmıştır. Ancak bunu yaparken ölçeğin güvenilirliğine dikkat edilmiştir.

## 2.8. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Çalışmada yüzyüze uygulanan anketlerle toplanan veriler SPSS programına girilmiş ve toplanan veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler, t testleri, Cronbach Alfa Katsayısı, Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) testi, Bartlett testi, Ki-kare korelasyon, maddeler arası korelasyon, madde-ölçek toplam puanı korelasyonu, maddelerin ortalamaları ve regrasyon analizi yöntemleri kullanılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğini test etme aşamasında ise veriler SPSS 20.0 paket programında açılımlayıcı (exploratory) faktör analizine, SPSS AMOS 23.0 paket programında doğrulayıcı (confirmatory) faktör analizine tabi tutulmuş daha sonra elde edilen değerler bulgular kısmında açıklanmıştır.

Kaliteli bir ölçme aracının başlıca iki özelliği geçerliliği ve güvenilirliğidir. Geçerlilik, kullanılan ölçeğin ölçülmek istenen olguyu ölçebilme derecesidir. Güvenilirlik ise ölçme aracının içinde yer alan tüm soruların birbiriyle tutarlı olması ve her kullanıldığında aynı şekilde ölçüm yapabilmesidir (Özata ve Altuncan 2010).

Geliştirilen ölçeğin kapsam geçerliliği yukarıda da belirtildiği gibi Kapsam Geçerlilik Oranı İndeksi ile iç tutarlılık güvenilirliği ise Madde-Toplam-Madde Korelasyonları ve Cronbach Alfa Katsayısı ile hesaplanmıştır. Madde-Toplam-Madde Korelasyonu ölçek içindeki her bir maddenin ölçek içine eklenebilir özellik taşıyıp taşımadığını gösterir. Cronbach Alfa Katsayısı ise ölçek içindeki maddelerin homojenliğinin ve iç tutarlılığının bir ispatıdır. Bu katsayı 0 ile 1 arasında hesaplanır ve mümkün olduğu kadar büyük olması arzu edilir. Çünkü Cronbach Alfa



Katsayısı ne kadar büyük olursa ölçekte yer alan maddelerin o kadar birbirleriyle tutarlı olduğu kararına varılır. Likert tipi ölçeklerde Cronbach Alfa Katsayısı mümkün olduğu kadar 1'e yakın olmalıdır. Literatürde Madde-Toplam-Madde korelasyon puanının 0,25' in üzerinde olması, Cronbach Alfa Katsayı değerinin ise 0,50' nin üzerinde olması ölçeğin iç tutarlılığının kabul edilmesi için istenen değerler olarak bildirilmiştir (Çoban 2006).

Faktör analizi çalışması için ilk önce elimizde bulunan verilerin faktör analizine uygun olup olmadığının test edilmesi gerekir. Bunun için önce korelasyon matrisi oluşturulmakta ve korelasyon ilişkisinin çok güçlü olduğu değişkenler tespit edilmektedir. Çünkü korelasyon ilişkisinin çok güçlü olduğu değişkenler genelde aynı faktör altında toplanmaktadır. Daha sonra verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını belirlemek için Bartlett Testi yapılması gerekir. Bartlett Testi değeri 0.05' ten küçük olması durumunda verilerin faktör analizine uygun olduğu sonucu çıkmaktadır. Son olarak Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) testi ile örneklem yeterliliği ölçülmekte ve KMO değerinin 1'e yakın olması beklenmektedir (Güven ve Çevik 2008). Literatürde KMO testinde bulunan değerler 0.50' nin altında ise kabul edilemez, 0.50 zayıf, 0.60 orta, 0.70 iyi, 0.80 çok iyi, 0.90 mükemmel olarak ifade edilmiştir (Karagöz ve ark 2016).

Geliştirilen ölçeğin yapı geçerliliği ise Açımlayıcı (Exploratory) Faktör Analizi ve Doğrulayıcı (Confirmatory) Faktör Analizi ile yapılmıştır. Faktör analizi, veriler arasındaki ilişkiye dayanan, verilerin daha özet bir şekilde sunulmasını sağlayan çok değişkenli bir istatistik analizidir (Yıldız 2008). Faktör analizinin temel amacı çok sayıdaki değişkenleri gruplandırarak, bunların faktör olarak ifade edilip edilmeyeceğinin saptanması ve ölçekte yer alan maddelerin hangi faktör değişkenin içinde yer alması gerektiğinin tespit edilmesidir. Bu sayede araştırmacı gruplandırılan faktörlerin içinde hangi maddelerin yer alması gerektiğini inceleyerek ilgili faktörün ne anlama geldiğini daha kolay yorumlayabilmektedir (Öven ve Pekdemir 2005).



### **2.8.1. Açımlayıcı (Exploratory) Faktör Analizi**

İkinci aşamada Açımlayıcı (Exploratory) Faktör Analizi yapılacak ve faktörler belirlenecektir. Açımlayıcı Faktör Analizi, çok sayıda değişkeni belli gruplara ayırarak, grup içindeki değişkenler arasında bulunan ilişkiyi maksimum, gruplar arasındaki ilişkiyi ise minimum yaparak grupları yeni değişkenlere dönüştüren bir analiz türüdür. Ortaya çıkan bu yeni değişkenlere faktör adı verilir. Bu yöntemle değişkenlerin sayısının azaltılmasına ve değişkenler arasındaki ilişkiden yararlanarak yeni yapılar ortaya çıkartmaya çalışılır (Karagöz ve ark 2016). Daha sonra rotasyonlu faktör matrisi oluşturulmaktadır. Burada korelasyon katsayılarına veya faktör yüklerine bakarak bağımsız her bir değişkenin hangi faktör altında yer aldığına karar verilir. Ayrıca araştırmacı faktör analizinde faktörleri eksen döndürmesine (rotation) tabi tutabilir. Faktör döndürme çözümünün temel matematiksel özelliklerini etkilemez. Eksen döndürmesi sonucu maddelerin bir faktördeki yükü artarken diğer faktörlerdeki yükü azalır. Böylece faktörler kendileriyle yüksek ilişki veren maddeleri bulurlar ve faktörler daha kolay yorumlanabilirler (Özata ve Altuncan 2010). Döndürme yöntemleri içinde varimax, quartimax ve equamax en yaygın olarak kullanılanlardır. Son aşamada ise ortaya çıkan faktörler etiketlenir ve her bir faktöre bir isim verilir (Karagöz ve Kösterelioğlu 2008).

### **2.8.2. Doğrulayıcı (Confirmatory) Faktör Analizi**

Üçüncü aşamada Doğrulayıcı (Confirmatory) Faktör Analizi yapılacaktır. Doğrulayıcı Faktör Analizi önceden oluşturulan bir modelde, genellikle ölçek geliştirme ve geçerlilik analizlerinde kullanılan modelin doğrulanmasını amaçlayan analizdir. Doğrulayıcı faktör analizi açımlayıcı faktör analizi ile oluşturulan faktörlerin altında yer alan maddeler ile uygunluğunu test eder. Yapısal eşitlik modellerinde teoride var olan kavramsal model, veri yardımı ile test edilmeye çalışılır. Doğrulayıcı faktör analizi genellikle ölçek geliştirme ve geçerlilik analizinde kullanılır ve önceden belirlenmiş yapının doğruluğunu belirlemeyi amaçlar (Karagöz ve ark 2016).

### 2.8.3. Uyum İndeksleri

Önceden oluşturulmuş modellerin veriyi ne kadar iyi açıkladığı uyum istatistikleri ile belirlenir. Modellerin uyumunu test eden birden fazla uyum istatistiği mevcuttur. Bu uyum istatistikleri öne sürülen modellerin parametreleri ile örnek verilerden elde edilen istatistiklerin uygunluğunu test etmektedir. Eğer oluşturulan model verilere uymuyorsa kabul edilemez (Özdamar 2010).

Ki-kare testi ile modelin genel uyumuna bakılır. Modelin uyumunun belirlenmesinde, başlangıç uyum indeksi olarak ki-kare uyum iyiliği indeksine bakılır. Ki-kare testi veriyle model arasındaki uyumun test edilmesidir. Ki-kare uyum iyiliği indeksi ile beraber, Artırmalı Uyum İndeksi (Incremental Fit Index-IFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index-CFI), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation-RMSEA), İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index- GFI), Ortalama Hataların Karekökü (Root Mean Square Residual-RMR) sık kullanılan uyum indeksleridir. Aşağıdaki tabloda uyum değerleri ve uyum aralıkları verilmiştir (Karagöz ve ark 2016):

Çizelge 2.3. Kabul Edilebilir Uyum İndeksleri Çizelgesi.

Model Uyum Kriteri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
$\chi^2$ uyum testi	$0,05 < p \leq 1$	$0,01 < p \leq 0,05$
CMIN/SD	$\chi^2 / sd \leq 3$	$\chi^2 / sd \leq 5$
IFI	$0,95 \leq IFI$	$0,90 \leq IFI$
CFI	$0,97 \leq CFI$	$0,90 \leq CFI$
RMSEA	$RMSEA \leq 0,05$	$RMSEA \leq 0,08$
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$
RMR	$0 < RMR \leq 0,05$	$0 < RMR \leq 0,08$

Analiz yaparken hangi uyum indekslerinin kullanılması gerektiğine dair bir kesinlik yoktur. Analiz sonuçlarında genellikle Ki-kare, CMIN/DF, CFI, GFI, RMSEA gibi uyum indeksi değerleri ifade edilmektedir (Karagöz ve ark 2016).

### 3. BULGULAR

Başlangıçta oluşturulan 40 maddelik soru havuzundan KGO indeksi 0,62 altında olan 8 madde elendikten sonra 32 maddelik envantere ulaşılmıştır. Daha sonra elimizde bulunan 32 maddelik envantere yöntem kısmında belirtilen aşamalar uygulanarak geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracını geliştirmek için sırasıyla aşağıda verilen analizler gerçekleştirilmiştir:

Çizelge 3.1. Geliştirilen Ölçeğin Cronbach Alpha, KMO ve Bartlett Testi Bulguları.

<b>Cronbach Alpha, KMO ve Bartlett's Testi Bulguları</b>		
Cronbach Alpha Katsayısı		0,907
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)		0,636
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	10133,638
	DF	435
	p	,000

Çizelge 3.1'de görüldüğü üzere araştırmada kullanılan ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısının 0,907 olarak tespit edilmesi nedeniyle ileri düzeyde güvenilir olduğu anlaşılmıştır. Toplanan verilerin faktör analizi için uygunluğunu değerlendirmek için ise Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve Bartlett testine başvurulmuştur. Test bulgularına göre KMO katsayısı 0,636 ve Bartlett testinde (ki-kare:10133,638; df:435; p: ,000)  $p < 0,01$  olduğundan yöntem kısmında da belirtildiği gibi verilerin faktör analizine uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle ilk aşamada ortak varyans tablosu oluşturulmuştur. Ortak varyans tablosu Çizelge 3.2'de gösterilmektedir.

Ortak varyans (Communality), ölçekte bulunan her bir değişkenin başka değişkenlerle paylaştığı varyans miktarıdır. Çizelge 3.2'de görüldüğü gibi bu araştırmada, faktör yükü değeri 0,30 ve üzerinde olan maddelerin analize alınması uygun görülmüş bu bağlamda 2 madde ölçekten çıkartılarak sonuçta 4 boyutlu ve 30 maddeli bir ölçek elde edilmiştir. Bu aşamada madde sayısı belirlendikten sonra faktör sayısının belirlenmesi aşamasına geçilmiştir. Faktör sayısının belirlenmesi aşamasında amaç, yöntem kısmında da ifade edildiği gibi değişkenler arasındaki ilişkileri en yüksek derecede temsil edecek az sayıda faktör elde etmektir.

Çizelge 3.2. Ortak Varyans (Communality) Tablosu.

Maddeler	Faktör Yüğü
112' yi aradığımda görevli personele çabuk ve kolay ulaştımd.	,309
Telefonu açan personel beni dikkatlice dinledi.	,702
Telefonu açan personel benim anlattıklarımı anladı.	,304
Telefonu açan personel bana karşı saygılıydı.	,474
Telefonu açan personele güven duydum.	,643
Ambulans verdiğim adrese gecikme yaşamadan geldi.	,309
Ambulans personeli hastanın/yaralının şikayetleri hakkında sorular sordu.	,658
Ambulans personeli hastanın/yaralının şikayetlerini dinledi.	,509
Ambulans personeli hastaya/yaralıya gereken müdahaleyi olay yerinde uyguladı.	,686
Ambulans personeli hasta/yaralı hakkında açıklayıcı bilgiler verdi.	,651
Ambulans personeli hastaya/yaralıya yeterince özen gösterdi.	,328
Ambulans personeli kullanacakları tüm cihazları olay yerine getirdi.	,454
Ambulans personeli hastaya/yakınına moral verdi.	,604
Ambulans personelinin mesleki bilgisine güven duydum.	,661
Ambulans personelinin tavırlarından genel olarak memnun kaldım.	,553
Ambulans personelinin üzerinde üniformaları vardı.	,375
Ambulans personeli hijyen kurallarına dikkat etti.	,308
Ambulans personelinin ekip çalışmasını iyi buldum.	,688
Ambulans personeli bizim için elinden geleni yaptı.	,581
Ambulans personeli hastanın/yaralının mahremiyetine özen gösterdi.	,477
Ambulans personeli gülyüzlüdü.	,493
Ambulans personeli sorularımıza anlaşılır cevaplar verdi.	,532
Ambulans personeli gerekli prosedürleri açıkladı.	,539
Ambulans personelinin getirdikleri cihazlar sorunsuz çalıştı.	,668
Ambulans personeli hastanın/yaralının niçin hastaneye nakledilmesi/nakledilmemesi gerektiğini anlaşılır şekilde açıkladı.	,527
Ambulans personeli hastayı/yaralıyı en kısa sürede hastaneye ulaştırdı.	,647
Ambulans her türlü müdahale için yeterli donanıma sahipti.	,642
Ambulansın içi hava şartları açısından uygundu.	,755
Ambulansın içi sessiz, gürültüsüz ve konforlu ydu.	,688
Ambulansla hastaneye nakil olurken güvenli bir şekilde hastaneye ulaşım sağlandı.	,687

Çizelge 3.3. Faktörlerin Öz Değerleri ve Varyans Açıklama Yüzdeleri.

Temel Bileşenler	Başlangıç Özdeğerleri			Karesel Yüklerin Çıkarma Toplamları			Kare Yüklerin Dönüş Toplamı
	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %	Toplam
1	8,933	29,775	29,775	8,933	29,775	29,775	6,318
2	2,839	9,465	39,240	2,839	9,465	39,240	3,631
3	2,509	8,365	47,604	2,509	8,365	47,604	5,295
4	2,173	7,244	54,848	2,173	7,244	54,848	4,947

Çizelge 3.3'te görüldüğü gibi bu araştırmada faktörler temel bileşenler yöntemine göre belirlenmiş, önemli temel bileşen sayısı 4 olarak tespit edilmiştir. Dört faktörün açıkladığı yığılımlı varyans miktarı, toplam varyans miktarının % 54,848' ini oluşturmaktadır.

Çizelge 3.4. Döndürülmüş Faktör Matrisi.

Maddeler/Boyutlar	Bileşenler			
	1	2	3	4
<b>Ambulans Personeli Boyutu</b>				
Ambulans verdiğim adrese gecikme yaşamadan geldi.	,510			
Ambulans personeli hastanın/yaralının şikayetleri hakkında sorular sordu.	-,654			
Ambulans personeli hastanın/yaralının şikayetlerini dinledi.	-,685			
Ambulans personeli hasta/yaralı hakkında açıklayıcı bilgiler verdi.	,709			
Ambulans personeli hastaya/yaralıya yeterince özen gösterdi.	-,370			
Ambulans personeli hastaya/yakınına moral verdi.	,345			
Ambulans personelinin mesleki bilgisine güven duydum.	,536			
Ambulans personelinin tavırlarından genel olarak memnun kaldım.	,529			
Ambulans personelinin üzerinde üniformaları vardı.	,539			
Ambulans personeli hijyen kurallarına dikkat etti.	,460			
Ambulans personelinin ekip çalışmasını iyi buldum.	,808			
Ambulans personeli bizim için elinden geleni yaptı.	,716			
Ambulans personeli hastanın/yaralının niçin hastaneye nakledilmesi/nakledilmemesi gerektiğini anlaşılır şekilde açıkladı.	,557			
Ambulans personeli hastayı/yaralıyı en kısa sürede hastaneye ulaştırdı.	,578			

Çizelge 3.4 (Devam). Döndürülmüş Faktör Matrisi.

<b>Çağrı Karşılamanın Boyutu</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
112'yi aradığımda görevli personele çabuk ve kolay ulaştım.		,454		
Telefonu açan personel beni dikkatlice dinledi.		,828		
Telefonu açan personel benim anlattıklarımı anladı.		,521		
Telefonu açan personel bana karşı saygılıydı.		,567		
Telefonu açan personele güven duydum.		,436		
<b>Olay Yeri Hizmet Sunumu Boyutu</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Ambulans personeli hastaya/yaralıya gereken müdahaleyi olay yerinde uyguladı.			,684	
Ambulans personeli kullanacakları tüm cihazları olay yerine getirdi.			,676	
Ambulans personeli hastanın/yaralının mahremiyetine özen gösterdi.			,573	
Ambulans personeli güleryüzlüydü.			,414	
Ambulans personeli sorularımıza anlaşılır cevaplar verdi.			,593	
Ambulans personeli gerekli prosedürleri açıkladı.			,676	
Ambulans personelinin getirdikleri cihazlar sorunsuz çalıştı.			,727	
<b>Ambulans Teknik Donanım Boyutu</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Ambulans her türlü müdahale için yeterli donanıma sahipti.				-,473
Ambulansın içi hava şartları açısından uygundu.				-,816
Ambulansın içi sessiz, gürültüsüz ve konforluydü.				-,652
Ambulansla hastaneye nakil olurken güvenli bir şekilde hastaneye ulaşım sağlandı.				,732

Çizelge 3.4'de görüldüğü üzere her bir maddenin almış olduğu faktör yükü döndürülerek tablodaki bulgulara ulaşılmıştır. Döndürme işlemi Varimax Metodu ile yapılmıştır. Maddelerin alt kesim noktası 0,30 olarak alınmış ve Faktör Matrisi bulgularından hareketle her bir faktöre bir isim verilmiştir. Yapılan bu isimlendirme sonucunda; Birinci faktör *Ambulans Personeli Boyutu*, İkinci faktör *Çağrı Karşılamanın Boyutu*, Üçüncü faktör *Olay Yeri Hizmet Sunumu Boyutu* ve Dördüncü faktör ise *Ambulans Teknik Donanım Boyutu* olarak etiketlenmiştir. Sonuç olarak dört boyutlu otuz maddelik bir ölçek elde edilmiştir.

Açımlayıcı faktör analizi sonucu elde edilen ölçekteki faktörlerin kalitesine, ölçeğin genel yapısına ve elde edilecek ölçeğin hasta memnuniyetini ne derecede açıkladığına yönelik bilgiler doğrulayıcı faktör analizi uygulanarak tespit edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi yapılırken öncelikle veri setinde aynı faktör altında yer alan maddelerin düzenlenmesi yapıldıktan sonra SPSS AMOS 23.0 paket programına

tanıtılmıştır. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda geliştirilen 4 faktör ve 30 maddeden oluşan ölçeğe doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Doğrulayıcı faktör analizinde faktörler ile maddeler arasındaki regresyon katsayıları 0 ile 1 arasında değer alır ve bunun mümkün olduğunca 1'e yakın olması arzu edilir. Kesinlik olmamakla birlikte regresyon katsayısı 0,40 altında olan maddelerin analizden çıkarılması önerilmektedir (Karagöz ve ark 2016). Bu nedenle analiz yapılırken regresyon katsayısı 0,40'dan düşük olan maddeler analizden çıkarılmıştır. Çıkarma yapılırken analizden çıkarılmasına karar verilen her bir madde çıkarıldıktan sonra her defasında analiz tekrar tekrar yapılmıştır.

Bu bağlamda yapılan analiz sonucunda ikinci faktör altında yer alan 1.madde ile 2.madde ve birinci faktör altında yer alan 1.madde ile 13.maddenin regresyon katsayısı 0,40 altında saptanmıştır. Bu nedenle düşük regresyon katsayısına sahip bu dört maddenin kendi örtük değişkenini iyi temsil etmediği düşünülerek ölçekten çıkarılmış ve son olarak 26 madde 4 faktörden oluşan ölçeğe doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır:



Çizelge 3.5. Oluşturulan Modele Ait Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları.

Faktör ve Maddeler	Regresyon Katsayısı
A2 <--- F1	,546
A3 <--- F1	,440
A4 <--- F1	,657
A5 <--- F1	,546
A6 <--- F1	,691
A7 <--- F1	,643
A8 <--- F1	,733
A9 <--- F1	,571
A10 <--- F1	,431
A11 <--- F1	,588
A12 <--- F1	,614
A14 <--- F1	,521
Ç3 <--- F2	,440
Ç4 <--- F2	,700
Ç5 <--- F2	,985
O1 <--- F3	,832
O2 <--- F3	,513
O3 <--- F3	,564
O4 <--- F3	,541
O5 <--- F3	,644
O6 <--- F3	,592
O7 <--- F3	,740
T1 <--- F4	,636
T2 <--- F4	,836
T3 <--- F4	,898
T4 <--- F4	,526

Çizelge 3.5'te görüldüğü üzere yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda standardize edilmiş regresyon katsayılarına ulaşılmıştır. Regresyon katsayıları maddelerin (gözlenen değişkenlerin), faktörleri (örtük değişkenleri) tahmin etme gücünü yani faktör yüklenimini ifade eder. Faktör ve maddeler arasındaki ilişkiler  $p < 0,01$  önem düzeyinde anlamlıdır. Bu yüzden faktör yüklenimleri önemlidir. P değerinin  $p < 0,01$  olarak tespit edilmesi maddelerin faktörlere doğru yüklendiğini göstermektedir.

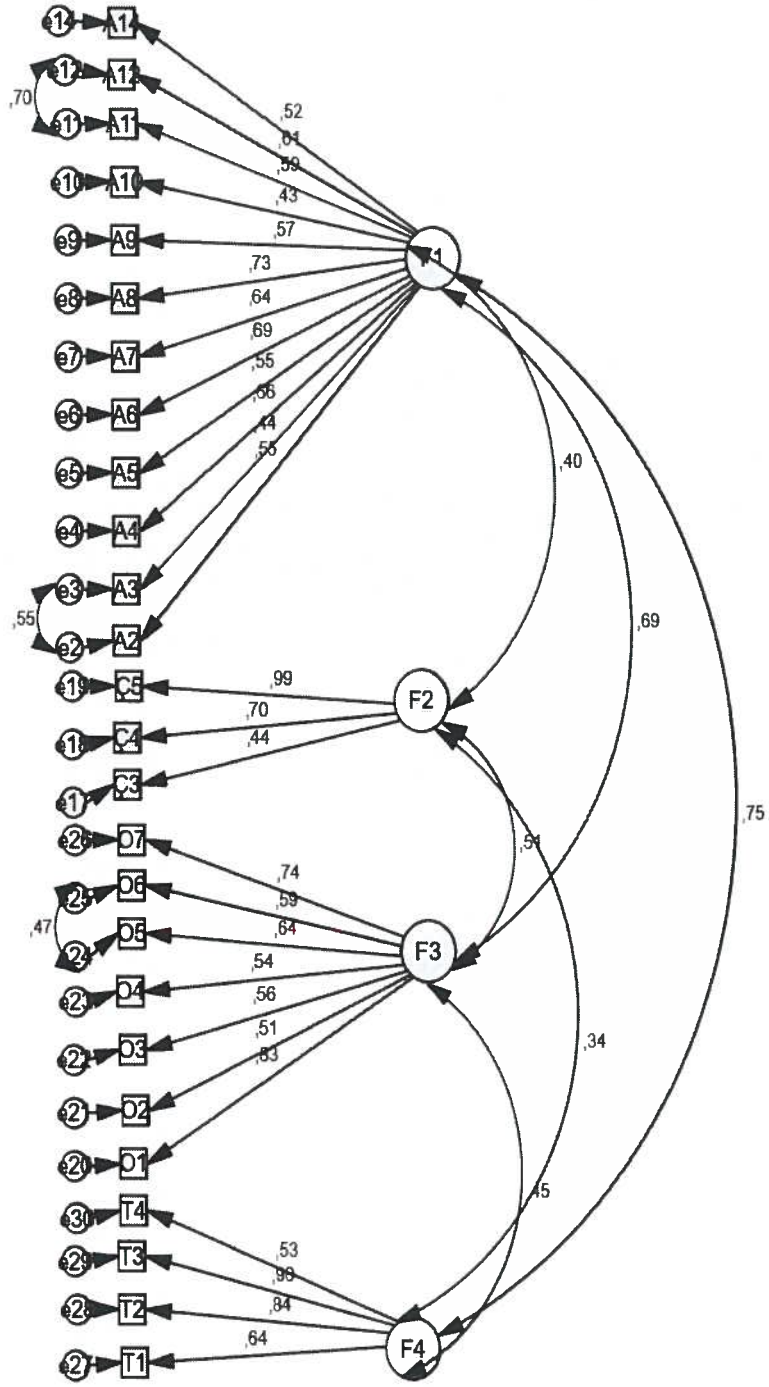
Çizelge 3.6. Oluşturulan Modelin Uyum İndeksleri.

<b>Uyum İndeksleri</b>	<b>p</b>	<b>CMIN</b>	<b>DF</b>	<b>CMIN/DF</b>	<b>IFI</b>
Standart Model	,000	1139,70	290	3,93	,922
<b>Uyum İndeksleri</b>	<b>CFI</b>	<b>RMSEA</b>	<b>GFI</b>	<b>RMR</b>	<b>AGFI</b>
Standart Model	,950	,080	,854	,049	,957

Çizelge 3.6 incelendiğinde oluşturulan modele ait uyum indeksi değerleri görülmektedir. Elde edilen değerler yöntem kısmında Çizelge 2.3'te belirtilen kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle açımlayıcı faktör analizi ile bulunan memnuniyet ölçeğinin geçerliliği doğrulayıcı faktör analizi ile teyit edilmiştir.

Doğrulayıcı faktör analizinde AMOS proramında araştırma modelinin diyagramı hazırlanırken elde edilen uyum indeksi değerlerinin iyileştirilmesi için dört madde analizden çıkarıldıktan sonra üç tane kovaryans oluşturulmuştur. Maddeler arasında kovaryans oluşturulurken aynı faktör altında yer alan maddeler arasında kovaryans oluşturulması önerilmektedir (Karagöz ve ark 2016).

Bu bağlamda birinci faktör altında yer alan 2.madde ve 3.madde ile 11.madde ve 12.madde arasında, üçüncü faktör altında yer alan 5.madde ve 6.madde arasında kovaryanslar oluşturulmuştur. Her bir kovaryanstan sonra hesaplama tekrar yapılmış ve uyum indeksi değerleri yeniden hesaplanmıştır. Geliştirilen ölçeğe ait en son hesaplanan uyum indeksi değerleri ve modele ait diyagram Çizelge 3.6 ve Şekil 3.1'de görülmektedir.



Şekil 3.1. Oluşturulan Modelin Diyagramı.

Elde edilen "112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçeği" nin son şekli aşağıda yer alan Çizelge 3.7'de verilmiştir:

Çizelge 3.7. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçeği.

Faktörler ve Maddeler	Kesinlikle katılım yorum	Katılımlı yorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
<b>Faktör 1: Ambulans Personeli Boyutu</b>					
1.Ambulans personeli hastanın/yaralının şikayetleri hakkında sorular sordu.	1	2	3	4	5
2.Ambulans personeli hastanın/yaralının şikayetlerini dinledi.	1	2	3	4	5
3.Ambulans personeli hasta/yaralı hakkında açıklayıcı bilgiler verdi.	1	2	3	4	5
4.Ambulans personeli hastaya/yaralıya yeterince özen gösterdi.	1	2	3	4	5
5.Ambulans personeli hastaya/yakınına moral verdi.	1	2	3	4	5
6.Ambulans personelinin mesleki bilgisine güven	1	2	3	4	5
7.Ambulans personelinin tavırlarından genel olarak memnun kaldım.	1	2	3	4	5
8.Ambulans personelinin üzerinde üniformaları vardı.	1	2	3	4	5
9.Ambulans personeli hijyen kurallarına dikkat etti.	1	2	3	4	5
10.Ambulans personelinin ekip çalışmasını iyi	1	2	3	4	5
11.Ambulans personeli bizim için elinden geleni	1	2	3	4	5
12.Ambulans personeli hastayı/yaralıyı en kısa sürede hastaneye ulaştırdı.	1	2	3	4	5
<b>Faktör 2: Çağrı Karşılamanın Personel Boyutu</b>					
13.Telefonu açan personel benim anlattıklarımı	1	2	3	4	5
14.Telefonu açan personel bana karşı saygılıydı.	1	2	3	4	5
15.Telefonu açan personele güven duydum.	1	2	3	4	5
<b>Faktör 3: Olay Yeri Hizmet Sunumu Boyutu</b>					
16.Ambulans personeli hastaya/yaralıya gereken müdahaleyi olay yerinde uyguladı.	1	2	3	4	5
17.Ambulans personeli kullanacakları tüm cihazları olay yerine getirdi.	1	2	3	4	5
18.Ambulans personeli hastanın/yaralının mahremiyetine özen gösterdi.	1	2	3	4	5
19.Ambulans personeli güleryüzlüydü.	1	2	3	4	5
20.Ambulans personeli sorularımıza anlaşılır	1	2	3	4	5
21.Ambulans personeli gerekli prosedürleri açıkladı.	1	2	3	4	5
22.Ambulans personelinin getirdikleri cihazlar sorunsuz çalıştı.	1	2	3	4	5
<b>Faktör 4: Ambulans Teknik Donanım Boyutu</b>					
23.Ambulans her türlü müdahale için yeterli	1	2	3	4	5
24.Ambulansın içi hava şartları açısından uygundu.	1	2	3	4	5
25.Ambulansın içi sessiz, gürültüsüz ve konforluydü.	1	2	3	4	5
26.Ambulansla hastaneye nakil olurken güvenli bir şekilde hastaneye ulaşım sağlandı.	1	2	3	4	5

Geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapıldıktan sonra elde edilen dört faktör ve yirmi altı maddeden oluşan memnuniyet ölçeğinden örneklem grubuna ait bulgular elde edilmiş ve araştırma kapsamında yedi tane hipotez kurulmuştur. İlgili analizler ve hipotezlerin test aşamaları aşağıda detaylı olarak gösterilmiştir:

Aksaray ili genelinde 400 kişinin katılımıyla yapılan araştırmada örnekleme ait tanımlayıcı istatistikler Çizelge 3.9'da ayrıntılı olarak görülmektedir.

Çizelge 3.8. Araştırma Örneklemine Ait Sosyo-Demografik Özellikler.

Yaş	Minimum	Maximum	Ortalama
	16	82	44,74
<b>Cinsiyet</b>	<b>Sayı</b>		<b>Yüzelik Dilim</b>
Kadın	196		% 49
Erkek	204		% 51
<b>Eğitim Düzeyi</b>	<b>Sayı</b>		<b>Yüzelik Dilim</b>
İlköğretim	176		% 44
Ortaöğrenim	116		% 29
Yükseköğrenim	108		% 27
<b>Medeni Durum</b>	<b>Sayı</b>		<b>Yüzelik Dilim</b>
Evli	284		% 71
Bekar	68		% 17
Diğer(Boşanmış, dul v.s)	48		% 12
<b>Çocuk Sayısı</b>	<b>Sayı</b>		<b>Yüzelik Dilim</b>
0	68		% 17
1	24		% 6
2	104		% 26
3	116		% 29
4	68		% 17
5 ve üzeri	20		% 5
<b>Kronik Hastalık</b>	<b>Sayı</b>		<b>Yüzelik Dilim</b>
Yok	252		% 63
Var	148		% 37
<b>Sosyal Güvence</b>	<b>Sayı</b>		<b>Yüzelik Dilim</b>
SSK	188		% 47
Bağ-Kur	84		% 21
Emekli Sandığı	84		% 21
Yeşilkart	44		% 11
<b>Gelir Düzeyi</b>	<b>Sayı</b>		<b>Yüzelik Dilim</b>
1500 TL ve altı	164		% 41
1501 - 2500 TL arası	132		% 33
2501 - 3500 TL arası	104		% 26
<b>Anket Uygulanan Kişi</b>	<b>Sayı</b>		<b>Yüzelik Dilim</b>
Hasta	336		% 84
Hasta Yakını	64		% 16
<b>Toplam</b>	<b>400</b>		<b>% 100</b>

Çizelge 3.8'da görüldüğü gibi örneklem grubununun yaş ortalaması yaklaşık olarak 44,74'tür. Grubun en yaşlı katılımcısının yaşı 82, en genç katılımcısının yaşı 16 olarak tespit edilmiştir.

Geliştirilen ölçek, örneklem grubunu oluşturan toplam 400 kişiye uygulanmış olup, bunlardan 196 tanesi kadın, 204 tanesi erkektir. Yani örneklem grubunun % 49' u kadın, % 51' i erkektir.

Örneklem grubunda 176 kişinin ilköğretim mezunu, 116 kişinin ortaöğretim mezunu, 108 kişinin yükseköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan en fazla örneklem grubunun 176 kişi ve % 44 yüzdelerle ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir.

Örneklem grubunda katılımcılardan 284 tanesi evli, 68 tanesi bekar ve 48 tanesi diğer medeni duruma sahip insanlardan oluşmaktadır. Dolayısıyla evli insanlar örneklem grubunun % 71'ini, bekar insanlar % 17'sini, diğer medeni duruma sahip insanlar % 12'sini oluşturmaktadır.

Örneklem grubunda 0 çocuğa sahip olan kişi sayısı 68, 1 çocuklu kişi sayısı 24, 2 çocuğa sahip kişi sayısı 104, 3 çocuklu kişi sayısı 116, 4 çocuğa sahip kişi sayısı 68, 5 ve üzeri çocuklu kişi sayısı 20 olarak tespit edilmiştir. Örneklem grubunda en fazla payı % 29 yüzdelerle dilim ve 116 kişiyle 3 çocuklu kişiler oluşturmuştur.

Örneklem grubunun % 63'ünün herhangi bir kronik hastalığı yokken, % 37' si herhangi bir kronik hastalığa sahiptir.

Örneklem grubunda 356 katılımcının herhangi bir sosyal güvencesi bulunmaktadır. Bu kişilerden 188'inin (% 47' si) SSK' lı, 84'ünün (% 21' i) Bağ-Kur'lu ve 84'ünün (% 21' i) Emekli Sandığı' na sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcılardan 44 tanesinin (% 11' i) ise Yeşilkart'a sahiptir. Yani herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır.

Örneklem grubunda 164 kişi 1500 TL ve altı gelire sahiptir. 1501-2500 TL arası gelire sahip olan kişi sayısı 132 ve 2501-3500 TL gelire sahip olan kişi sayısı 104'tür. Bu tablodan hareketle geliri yani sosyo-ekonomik düzeyi daha düşük olan

kişilerin 112 acil sağlık ve ambulans hizmetlerini kullanma sıklığı daha fazla olduğu sonucuna ulaşabiliriz.

Geliştirilen memnuniyet ölçeği uygulanan kişilerin hasta ve hasta yakını olduğu gereç ve yöntem kısmında belirtilmişti. Hatta bilinci kapalı olan hastaların bu araştırmanın kısıtını oluşturduğu ifade edilmişti. Dolayısıyla örneklem grubunda katılımcıların 64 tanesinin hasta yakını olduğu, 336 tanesinin hastanın kendisi olduğu yukarıdaki Çizelge 3.9'da görülmektedir.

Ayrıca örneklem grubu içinde 112 acil sağlık hizmetleri kullanımını oluşturan en fazla vaka 36 katılımcı tarafından verilen karın ağrısı cevabı % 9 oranla karın ağrısı vakalarını oluşturmuştur.

Çizelge 3.9. Ölçekteki Maddelere Verilen Cevaplara Ait Tanımlayıcı İstatistikler.

Envanterde Yer Alan Maddeler	Orta lama	Std. Sapma
<b>Faktör 1: Ambulans Personeli Boyutu</b>		
Ambulans personeli hastanın/yaralının şikayetleri hakkında sorular sordu.	4,75	0,51
Ambulans personeli hastanın/yaralının şikayetlerini dinledi.	4,65	0,57
Ambulans personeli hasta/yaralı hakkında açıklayıcı bilgiler verdi.	4,36	0,64
Ambulans personeli hastaya/yaralıya yeterince özen gösterdi.	4,77	0,48
Ambulans personeli hastaya/yakınına moral verdi.	3,83	1,01
Ambulans personelinin mesleki bilgisine güven duydum.	3,81	0,82
Ambulans personelinin tavırlarından genel olarak memnun kaldım.	4,48	0,57
Ambulans personelinin üzerinde üniformaları vardı.	4,93	0,25
Ambulans personeli hijyen kurallarına dikkat etti.	4,60	0,66
Ambulans personelinin ekip çalışmasını iyi buldum.	4,51	0,62
Ambulans personeli bizim için elinden geleni yaptı.	4,37	0,65
Ambulans personeli hastayı/yaralıyı en kısa sürede hastaneye ulaştırdı.	4,70	0,45
<b>Faktör 2: Çağrı Karşılamanın Personel Boyutu</b>		
Telefonu açan personel benim anlattıklarımı anladı.	4,29	0,71
Telefonu açan personel bana karşı saygılıydı.	4,34	0,55
Telefonu açan personele güven duydum.	4,08	0,74
<b>Faktör 3: Olay Yeri Hizmet Sunumu Boyutu</b>		
Ambulans personeli hastaya/yaralıya gereken müdahaleyi olay yerinde uyguladı.	4	0,87
Ambulans personeli kullanacakları tüm cihazları olay yerine getirdi.	3,68	0,87
Ambulans personeli hastanın/yaralının mahremiyetine özen gösterdi.	4,45	0,78
Ambulans personeli güleryüzlüydü.	4,75	0,45
Ambulans personeli sorularımıza anlaşılır cevaplar verdi.	4,35	0,49
Ambulans personeli gerekli prosedürleri açıkladı.	4,26	0,65
Ambulans personelinin getirdikleri cihazlar sorunsuz çalıştı.	4,05	0,78



Çizelge 3.9 (Devam). Ölçekteki Maddelere Verilen Cevaplara Ait Tanımlayıcı İstatistikler.

<b>Faktör 4: Ambulans Teknik Donanım Boyutu</b>		
Ambulans her türlü müdahale için yeterli donanıma sahiptir.	4,06	0,82
Ambulansın içi hava şartları açısından uygundu.	4,42	0,66
Ambulansın içi sessiz, gürültüsüz ve konforlu oldu.	4,55	0,62
Ambulansla hastaneye nakil olurken güvenli bir şekilde hastaneye ulaşım sağlandı.	4,86	0,34

Çizelge 3.9 incelendiğinde "Ambulans personelinin üzerinde üniformaları vardı" maddesi 4,93 puan ortalamasıyla birinci sırada, "Ambulansla hastaneye nakil olurken güvenli bir şekilde hastaneye ulaşım sağlandı" maddesi 4,86 puan ortalamasıyla ikinci sırada, "Ambulans personeli hastaya/yaralıya yeterince özen gösterdi" maddesi 4,77 puan ortalamasıyla üçüncü sırada en yüksek skorları almışlardır.

En düşük skorları ise 3,68 puan ortalaması ile "Ambulans personeli kullanacakları tüm cihazları olay yerine getirdi" maddesi birinci sırada, 3,81 puan ortalaması ile "Ambulans personelinin mesleki bilgisine güven duydum" maddesi ikinci sırada ve 3,83 puan ortalaması ile "Ambulans personeli hastaya/yakınına moral verdi" maddesi üçüncü sırada en düşük skorları almışlardır.

Maddelerin genel cevap ortalaması ise 4,3808 olarak gerçekleşmiştir. Bu skoru yüzdelerle dilime çevirdiğimizde % 87,61 oranında genel memnuniyet düzeyine ulaşılmıştır. Buradan Aksaray halkının 112 acil sağlık hizmetlerinden % 87,61 düzeyinde çok memnun olduğunu sonucunu çıkarabiliriz.

Çizelge 3.10. Memnuniyet Düzeyi Sınıflandırması.

	<b>Hiç Memnun Değil</b>	<b>Memnun Değil</b>	<b>Biraz Memnun</b>	<b>Memnun</b>	<b>Çok Memnun</b>
Skor	0 - 1.0	1.1 - 2.0	2.1 - 3.0	3.1 - 4.0	4.1 - 5.0
Kişi Sayısı	0	0	0	60	340

Katılımcıların geliştirilen ölçeğe vermiş olduğu cevap skor puanlarından hareketle her bir maddenin cevap ortalama puanı ve ölçek ortalama puanları oluşturulmuştur. Daha sonra cevap skor puanları memnuniyet düzeyine göre

sınıflandırılmıştır. Çizelge 3.10 incelendiğinde cevapların *Memnun* ve *Çok Memnun* kategorisinde yoğunlaştığı görülmektedir.

Araştırma kapsamında kurulan hipotezler ve hipotezleri test etmek amacıyla yapılan istatistiksel analizlerden elde edilen bulgular aşağıda detaylı olarak anlatılmıştır:

Çizelge 3.11. Kolmogorov-Smirnov (K-S-Normal Dağılıma Uygunluk) Testi.

<b>Kolmogorov-Smirnov Testi</b>			
<b>Ölçek Ortalama Puanı</b>	Statistic	df	p
	,134	400	,000

Araştırma verilerinden öncelikle her bir maddenin ölçek ortalama puanları oluşturulmuştur. Elde edilen ölçek ortalama puanları, normal dağılıma uygunluğu test etmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov (K-S, Normal Dağılıma Uygunluk) testine tabi tutulmuştur. Çizelge 3.11'de görüldüğü gibi yapılan analiz sonucunda ölçek ortalama puanlarının normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ).

### Hipotez 1

Ho: Cinsiyet açısından memnuniyet puanları arasında fark yoktur.

H1: Cinsiyet açısından memnuniyet puanları arasında fark vardır.

Çizelge 3.12. Memnuniyet Puanlarının Cinsiyet Değişkeni Açısından Karşılaştırılması.

<b>Ölçek Ortalaması Puanı-Cinsiyet</b>						
<b>Ranks</b>				<b>Mann-Whitney U Test</b>		
<b>Cinsiyet</b>	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	p
Kadın	196	214,38	42018,00	17272,000	-2,361	,018
Erkek	204	187,17	38182,00			

Ölçek puanlarının cinsiyet açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla elde edilen verilerin normal dağılıma uymadığı tespit edildiğinden Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Çizelge 3.12'de görüldüğü gibi yapılan analizler

sonucunda memnuniyet ortalama puanlarının cinsiyet açısından farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Mann-whitney u: 17272; z: -2,361; p:0,018).  $p < 0,05$  olduğundan H1 hipotezi kabul edilmiştir. Rank ortalama puanlarına bakıldığında kadınlarda memnuniyet düzeyinin erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir.

## Hipotez 2

Ho: Yaş ile memnuniyet puanları arasında ilişki yoktur.

H1: Yaş ile memnuniyet puanları arasında ilişki vardır.

Çizelge 3.13. Memnuniyet Puanlarının Yaş Değişkeni Açısından Karşılaştırılması.

	Spearman Correlations		
Ölçek Ortalaması	r	N	p
Puanı-Yaş	,344	400	,000

Yaş ile memnuniyet puan ortalaması arasındaki ilişkinin gücünü ve yönünü belirlemek amacıyla verilerimiz normal dağılıma uymadığı için Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda Çizelge 3.13'de görüldüğü üzere bu iki değişken arasında pozitif yönlü, orta düzeyde güçlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (r: ,344; p: ,000).  $p < 0,01$  olduğundan H1 hipotezi kabul edilmiştir. Analiz sonuçları yaş arttıkça memnuniyet puanlarının arttığını ortaya koymaktadır.

## Hipotez 3

Ho: Eğitim durumu açısından memnuniyet puanları arasında fark yoktur.

H1: Eğitim durumu açısından memnuniyet puanları arasında fark vardır.

Çizelge 3.14. Memnuniyet Puanlarının Eğitim Düzeyi Değişkeni Açısından Karşılaştırılması.

<b>Ölçek Ortalaması Puanı-Eğitim Düzeyi</b>					
<b>Ranks</b>			<b>Kruskal-Wallis Test Statistic</b>		
<b>Eğitim Düzeyi</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Chi-Square</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
İlköğretim	176	223,82	13,591	2	,001
Ortaöğretim	116	188,50			
Yükseköğretim	108	175,39			

Ölçek ortalama puanlarının eğitim düzeyi açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla verilerimiz normal dağılıma uymadığı için Kruskal-Wallis varyans analizi yapılmıştır. Çizelge 3.14'de görüldüğü gibi yapılan analiz sonucunda gruplar arası farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Ki-kare:13,591; p: ,001).  $p < 0,01$  olduğu için H1 hipotezi kabul edilmiştir. Rank değerleri incelendiğinde eğitim seviyesi arttıkça memnuniyet puanlarının düştüğü görülmektedir.

#### **Hipotez 4**

Ho: Medeni durum açısından memnuniyet puanları arasında fark yoktur.

H1: Medeni durum açısından memnuniyet puanları arasında fark vardır.

Çizelge 3.15. Memnuniyet Puanlarının Medeni Durum Değişkeni Açısından Karşılaştırılması.

<b>Ölçek Ortalaması Puanı-Medeni Durum</b>					
<b>Ranks</b>			<b>Kruskal-Wallis Test Statistic</b>		
<b>Medeni Durum</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Chi-Square</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Evli	284	194,16	31,736	2	,000
Bekar	68	167,79			
Diğer	48	284,33			

Ölçek ortalama puanlarının medeni durum açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla verilerimiz normal dağılıma uymadığı için Kruskal-Wallis varyans analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu Çizelge 3.15'de görülmektedir (Ki-kare:31,736; p: ,000).  $p < 0,001$  olduğundan H1 hipotezi kabul edilmiştir. Rank puanları

incelendiğinde memnuniyet düzeyi en düşük grubun bekarlar grubu olduğu, memnuniyet düzeyi en yüksek grubun diğer (boşanmış, dul v.s.) grubu olduğu tespit edilmiştir.

### Hipotez 5

Ho: Herhangi bir kronik hastalığın var olup olmaması açısından memnuniyet puanları arasında fark yoktur.

H1: Herhangi bir kronik hastalığın var olup olmaması açısından memnuniyet puanları arasında fark vardır.

Çizelge 3.16. Memnuniyet Puanlarının Kronik Hastalığın Var Olup Olmaması Açısından Karşılaştırılması.

Ölçek Ortalaması Puanı-Kronik Hastalık						
Ranks				Mann-Whitney U Test Statistic		
Kronik Hastalık	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	p
Yok	252	167,71	42262,00	10384,000	-7,426	,000
Var	148	256,34	37938,00			

Ölçek ortalama puanlarının herhangi bir kronik hastalığın var olup olmaması açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla verilerimiz normal dağılıma uymadığı için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Test sonucunda kronik hastalığın var olup olmaması açısından puan ortalamasının farklılık gösterdiği ve herhangi bir kronik hastalığı olan kişilerin memnuniyet düzeyi ortalamasının daha yüksek olduğu Çizelge 3.16'da görülmektedir (Mann-whitney u: 10384; z: -7,426; p:0,000).  $p < 0,01$  olduğundan H1 hipotezi kabul edilmiştir.

### Hipotez 6

Ho: Sosyal güvence açısından memnuniyet puanları arasında fark yoktur.

H1: Sosyal güvence açısından memnuniyet puanları arasında fark vardır.

Çizelge 3.17. Memnuniyet Puanlarının Sosyal Güvence Değişkeni Açısından Karşılaştırılması.

<b>Ölçek Ortalaması Puanı-Sosyal Güvence</b>					
<b>Ranks</b>			<b>Kruskal-Wallis Test Statistic</b>		
<b>Sosyal Güvence</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Chi-Square</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
SSK	188	217,86	33,676	3	,000
Bağ-Kur	84	222,40			
Emekli Sandığı	84	136,12			
Yeşilkart	44	207,41			

Ölçek ortalama puanlarının sosyal güvence açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla verilerimiz normal dağılıma uymadığı için Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda Çizelge 3.17'de görüldüğü üzere sosyal güvence açısından memnuniyet puanları ortalamasının farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Ki-kare: 33,676; p: ,000).  $p < 0,01$  olduğundan H1 hipotezi kabul edilmiştir. Ölçekten elde edilen memnuniyet puanlarının yukarıdan aşağıya Bağ-Kur, SSK, Yeşilkart ve Emekli Sandığı şeklinde sıralandığı görülmüştür.

### Hipotez 7

Ho: Gelir düzeyi açısından memnuniyet puanları arasında fark yoktur.

H1: Gelir düzeyi açısından memnuniyet puanları arasında fark vardır.

Çizelge 3.18. Memnuniyet Puanlarının Gelir Düzeyi Açısından Karşılaştırılması.

<b>Ölçek Ortalaması Puanı-Gelir Düzeyi</b>					
<b>Ranks</b>			<b>Kruskal-Wallis Test Statistic</b>		
<b>Gelir Düzeyi</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>Chi-Square</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
1500 ve altı	164	205,38	17,120	2	,000
1501-2500	132	224,26			
2501-3500	104	162,65			

Ölçek ortalama puanlarının aylık gelir düzeyi açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla verilerimiz normal dağılıma uymadığı için Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda gelir düzeyi açısından memnuniyet puanları ortalamasının farklılık gösterdiği Çizelge 3.18'de görülmektedir (Ki-kare: 17,120; p: ,000).  $p < 0,01$  olduğu tespit edildiğinden H1 hipotezi kabul edilmiştir. Ölçekten alınan memnuniyet puanlarının en düşük 2501-3500 gelir düzeyine sahip grupta olduğu yani gelir düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyinin düştüğü gözlemlenmiştir.



#### 4. TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti konusu son yıllarda sağlık hizmetleri alanında yapılan çalışmalarda oldukça fazla işlenen bir olgudur. Çünkü sağlık hizmetlerinin müşterisi insan ve insan sağlığıdır. İnsan sağlığı hayatta hiçbir şeye değişilmeyecek kıymete sahiptir. Bu nedenle insanların almış oldukları sağlık hizmetlerinden memnuniyet duymak istemesi en doğal hakkıdır. Bunun için yapılması gereken en önemli uygulama sağlık hizmetlerinde memnuniyet düzeyinin belirlenmesi ve memnuniyet düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Çünkü sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti konusu sağlık yöneticileri ve sağlık kurumları açısından büyük bir önem taşımaktadır.

Bu araştırma 112 acil sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyini ölçmek ve literatürde bulunmayan "112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçeği'ni" geliştirmek amacıyla yapılmıştır. 112 acil sağlık hizmetlerinde memnuniyeti ölçebilmek için ise geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracına gereksinim duyulmaktadır. Yapılan literatür taramasında 112 acil sağlık hizmetlerinden memnuniyeti ölçebilecek geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş bir ölçüm aracı olmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle bu alanda eksiklik görülmüş böyle bir çalışmanın yapılması uygun bulunmuştur. Araştırma sonucunda geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş "112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçeği'nin" geliştirilerek literatüre kazandırılması hedeflenmiştir.

Literatürde hasta memnuniyeti konusunda yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmaların genellikle sağlık kurumlarında yatan hastalar, sağlık kurumlarından ayaktan hizmet alan hastalar ve acil servise başvuran hastalar üzerinde yoğunlaşma olduğu görülmüştür. Bu araştırma ise 112 acil sağlık hizmetlerindeki memnuniyeti ölçme amacı taşıdığı için diğer çalışmalardan ayrılmakta ve özgün bir nitelik kazanmaktadır.

Ölçeğin geliştirilmesi hususunda ilk önce literatür bilgileri taranmış ve uzman görüşlerinden faydalanılarak 40 maddelik bir soru havuzu hazırlanmıştır. Taslak soru havuzunda hazırlanan maddelerin içerik ve kapsam bakımından uygunluğunu değerlendirmek amacıyla uzman görüşüne başvurulmuştur. Uzman görüşleri

alındıktan sonra her bir maddenin Kapsam Geçerlilik Oranı İndeksi ( KGO- Content Validity Index) hesaplanmış ve KGO indeksi 0.62 altında kalan maddeler soru havuzundan çıkarılmıştır. Sonuçta 8 madde elenerek 32 maddelik envanter elde edilmiştir.

Envanterin yapı geçerliliğinin test edilmesi için yapılacak olan faktör analizinden önce örneklem yeterliliğini tespit edebilmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) analizi ve örneklem sına büyüklüğünü saptamak için Bartlett's Testi yapılmıştır. Bu araştırmada KMO analizi sonucu 0,636 ve Bartlett's Testi sonucu 10133,638 olarak bulunmuş ve her iki test sonucu da  $p < 0,01$  önem düzeyinde anlamlı olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli ve uygun olduğunu göstermektedir.

Geliştirilen ölçeğin faktör yapısı incelenirken Principal Component Analysis (Temel Bileşenler Analizi) ve Varimax Rotasyon Yöntemi kullanılmıştır. Yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda faktör yükü değerlerinin 0,304 ile 0,755 arasında olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmada faktör yükü değerlerinin 0,30 ve üzerinde olanların analize alınması uygun görülmüş ve ölçekteki 30 madde değerlendirmeye alınmıştır. Sonuç olarak 4 boyutlu ve 30 maddeli bir ölçeğe ulaşılmıştır. 30 maddenin, 4 boyutta açıkladığı varyans miktarı toplam varyansın % 58,848'ini oluşturmaktadır.

Daha sonra veriler doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuş, doğrulayıcı faktör analizinde ise regresyon katsayıları 0,40 altında olması nedeniyle 4 madde daha ölçekten çıkarılmıştır. Maddeler ölçekten çıkarılırken her bir madde çıkarıldıktan sonra doğrulayıcı faktör analizi tekrarlanmıştır. Elde edilen uyum indekslerinin daha da iyileştirilmesi için üç tane kovaryans oluşturulmuştur.

Doğrulayıcı faktör analizi yapılırken maddelerin ölçekten çıkarılmasına regresyon katsayısına bakarak karar verilmiştir. Literatürde yer alan bilgiler doğrultusunda regresyon katsayısı en düşük olan maddeden başlayarak toplam 4 madde ölçekten çıkarılmıştır. Uyum indekslerinin iyileştirilmesi amacıyla yapılan kovaryans oluşturma işleminde maddeler arasında toplam 3 tane kovaryans oluşturulmuştur. Kovaryans oluşturulurken literatürde yer alan bilgiler doğrultusunda aynı faktör altında yer alan maddeler arasında kovaryans oluşturulmasına dikkat

edilmiştir. Bütün analiz işlemlerinden sonra elde edilen ölçek modelinin uyum indeksi değerlerine bakılmış ve değerlerin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu saptanmıştır. Bu nedenle açımlayıcı faktör analizi ile ulaşılan memnuniyet ölçeğinin geçerliliği doğrulayıcı faktör analizi ile teyit edilmiştir. Sonuç olarak 4 boyutlu (faktör) ve 26 maddeli bir ölçek elde edilmiştir.

Geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık denetiminde madde-toplam-madde korelasyonları ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Madde-toplam-madde korelasyonu ölçekteki maddelerin her birinin ölçek içinde eklenebilir özelliğe sahip olup olmadığını belirtir (Çoban 2006). Akgül (2003) madde-toplam-madde korelasyon puanlarının 0,25'in üzerinde olması ölçeklerin iç tutarlılığının kabul görülmesi için beklenen sınırlar olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmada ölçekteki maddelerin korelasyon puanlarının 0,25'ten büyük olduğu tespit edilmiştir.

Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ise ölçek içindeki maddelerin iç tutarlılık ve homojenliğinin bir göstergesi olup, geliştirilen ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,907 olarak hesaplanmıştır. Bir ölçeğin güvenilirlik katsayısının olası sınırları 0-1 arasında değişir ve bu katsayısının en az 0,80 olması beklenir (Hazır 2000). Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ne kadar yüksek olursa, ölçekte bulunan maddelerin o derece birbiriyle tutarlı olduğu ifade edilmiştir. Geliştirilen ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısının 0,907 olması, ölçeğin ileri düzeyde güvenilir olduğunu ortaya koymaktadır.

Netice olarak bu çalışma ile 112 acil sağlık hizmetlerinden hasta memnuniyeti düzeyinin belirlenmesi amacıyla kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliğini test etmek amacıyla yapılan analizler, hazırlanan ölçme aracının, sağlık yöneticileri, araştırmacılar ve bu alana ilgi duyan kişiler tarafından 112 acil sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyini ölçmek amacıyla kullanılabileceğini göstermektedir.

Geliştirilen "112 acil sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyet ölçeği" vasıtasıyla toplanan verilerden her bir maddenin ortalama puanı hesaplanmış ve ölçek ortalama puanı saptanmıştır. Çalışmada maddelerin genel cevap ortalaması 4,3808 puan skoru olarak tespit edilmiş olup % 87,61 oranında genel memnuniyet düzeyi saptanmıştır. Şenol ve arkadaşları (2013) tarafından Kayseri ilinde yapılan

112 acil sağlık hizmetlerinden hasta memnuniyet araştırmasında halkın yarısından fazlasının memnuniyet duyduğu ifade edilmiştir. O'meara (2003) tarafından Avustralya'nın Viktoria bölgesinde ambulans hizmetlerinden memnuniyeti ölçmek için yapılan bir araştırmada toplumun %42 mükemmel, %44 çok iyi, %37 memnun olduğu belirlenmiştir. Halter ve arkadaşları (2006) tarafından İngiltere' nin Londra şehrinde yapılan ambulans hizmetleri memnuniyet araştırmasında memnuniyet düzeyinin oldukça yüksek bulunduğu tespit edilmiştir. Türkdemir ve arkadaşları (2007) Ankara ilinde 112 acil sağlık hizmetlerinden hizmet alan hastaların memnuniyet düzeyini belirlemeye yönelik yapmış oldukları çalışmada hasta memnuniyet düzeyi oldukça yüksek çıkmıştır. Johansson ve arkadaşları (2011) tarafından Güney İsveç bölgesinde ambulans hizmetlerinden memnuniyeti ölçmek amacıyla yapılan çalışmada hastaların alınan hizmetten ambulans personelinden memnun olduğu saptanmıştır. Bogomolava ve Kapulski (2014) tarafından özel bir ambulans şirketi adına yapılan acil sağlık hizmetleri memnuniyet çalışmasında %98 oranında genel memnuniyet düzeyi tespit edilmiştir. Batı (2014) tarafından yapılan Konya ilinde 112 acil sağlık hizmetlerinden memnuniyet çalışmasında % 94,79 oranında yüksek memnuniyet saptanmıştır. Örselli ve Bayrakcı (2017) tarafından yapılan Konya ilinde yapılan bir çalışmada halkın en fazla memnun olduğu yerel hizmet %82,2 oranıyla 112 acil sağlık hizmetleri olmuştur. Yapılan bu çalışmalarda memnuniyet üzerine bulunan bütün bulgular bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışma kapsamında yedi hipotez kurulmuş, hipotezler ölçek ortalama puanı ve temel değişkenler arasında gerekli analizler yapılarak tek tek sınanmıştır. Hipotezleri sınamak için elde edilen bulguları şu şekilde sıralayabiliriz:

- Elde edilen verilerin normal dağılıma uymadığı yapılan Kolmogorov-Smirnov (Normal Dağılıma Uygunluk) testi ile saptanmıştır. Bu nedenle verilere uygulanacak analizler buna göre seçilmiştir.
- Birinci hipotez cinsiyet değişkeni açısından memnuniyet arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla kurulmuş olup, cinsiyet ile memnuniyet puanlarına Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Test sonucunda memnuniyet puanlarının cinsiyet açısından farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Ortalama rank puanlarına baktığımızda kadınların 112 acil sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

- İkinci hipotez yaş ile memnuniyet puanları arasında ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla kurulmuş olup, yaş ile memnuniyet puanları arasında korelasyon aranmıştır. Yaş ile memnuniyet puanlarına Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda yaş ile memnuniyet arasında pozitif yönlü, orta düzeyde güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Analiz sonucu yaş arttıkça memnuniyet düzeyinin arttığını, yaş azaldıkça memnuniyet düzeyinin azaldığını ortaya koymaktadır. Bu bulgu gençlerin 112 acil sağlık hizmetlerinden beklentisinin daha yüksek olduğunu ve sağlık hizmetlerinden daha fazla hizmet beklediğini düşündürmektedir.
- Üçüncü hipotez eğitim durumu açısından memnuniyet arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla kurulmuş olup, eğitim durumu ve memnuniyet puanlarına Kruskal-Wallis varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmüş ve rank puanlarına bakıldığında eğitim seviyesi arttıkça memnuniyet düzeyinin düştüğü saptanmıştır. Bu bağlamda eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyi düşmekte, eğitim düzeyi azaldıkça memnuniyet düzeyi artmaktadır. Elde edilen bu bulgu daha eğitilmiş hastaların daha bilinçli, beklentisi daha yüksek ve sağlık hizmetlerinden tatmin olma duygusunun daha zor olduğunu düşündürmüştür.
- Dördüncü hipotez medeni durum açısından memnuniyet arasında anlamlı bir fark olup olmadığını analiz etmek amacıyla kurulmuş olup, bu iki değişkene Kruskal-Wallis varyans analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre medeni durum ve memnuniyet puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Memnuniyet puanları en düşük olan grup bekarlar olduğu memnuniyet puanlarının en yüksek olduğu grup diğer (boşanmış, dul v.s.) grup olduğu tespit edilmiştir.
- Beşinci hipotez herhangi bir kronik hastalığa sahip olup olmama ile memnuniyet puanları arasında fark olup olmadığının sınanması için kurulmuştur. Bu nedenle bu iki değişkene Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Test sonucunda kronik hastalık var olup olmaması açısından puan ortalamasının farklılık gösterdiği ve herhangi bir kronik hastalığı olan

kişilerin memnuniyet düzeyi ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum genellikle ileriki yaşlarda ortaya çıkan astım, koah, kalp ile ilgili hastalıklara sahip kişilerin 112 acil sağlık hizmetlerini daha sık kullandığını ve aldığı hizmetten memnun kaldığını ortaya koymaktadır.

- Altıncı hipotez sosyal güvence açısından memnuniyet puanları arasında fark olup olmadığını test etmek amacıyla kurulmuş olup, hipotezin sınaması Kruskal-Wallis testi ile yapılmıştır. Test sonucunda sosyal güvence açısından memnuniyet puanlarının farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Memnuniyet düzeyinin en fazla olduğu grup SSK' lı ve Bağ-Kur' lu çalışan, memnuniyet düzeyinin en az olduğu grup ise Emekli Sandığına sahip grubun olduğu dikkat çekmiştir. Bu durumun üçüncü hipotezde kurulan eğitim düzeyi ile memnuniyet puanları arasındaki sonuçlara paralel olduğu görülmektedir. Çünkü toplum içinde genel olarak eğitim düzeyi en düşük grup SSK' lı çalışan işçi kesiminden, eğitim düzeyi en yüksek grup Emekli Sandığına sahip devlet memuru kesiminden oluştuğu düşünülürse her iki hipotezde de sonuçların paralellik göstermesi gayet doğaldır.
- Yedinci hipotez aylık gelir düzeyi açısından memnuniyet puanlarının farklılık gösterip göstermediğini analiz etmek amacıyla kurulmuş olup, analiz için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda gelir düzeyi açısından memnuniyet puanlarının farklılık gösterdiği saptanmıştır. Ölçekten alınan memnuniyet puanlarının en düşük 2501-3500 TL arasında gelir düzeyine sahip olan grupta gerçekleştiği, memnuniyet puanlarının en yüksek ise 1501-2500 TL arasındaki gelir düzeyine sahip olan grupta gerçekleştiği saptanmıştır.



## 5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışma bulguları ve konuyla ilgili literatürde yer alan sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde ambulans personelinden, çağrı karşılayan komuta kontrol merkezi personelinden, olay yerinde hizmetin sunum şeklinden, ambulansın teknik donanımından ve 112 acil sağlık hizmetlerinden hastaların genel memnuniyet düzeyi oldukça yüksek seviyelerdedir. Ancak sağlık yöneticileri tarafından bir memnuniyet hedefi belirlenmeli bu hedefi yakalamak için çalışmalar yapılmalıdır. Hasta memnuniyeti konusunda eksik görülen alanlar tespit edilmeli bu konuda önlem alınmalıdır. Sağlık personeline hasta memnuniyeti konusunda hizmet içi eğitim programları düzenlenmeli, hasta ile iletişimin ve hasta memnuniyetinin önemi anlatılmalıdır. Bahsedilen bu bir takım düzenlemelerin 112 acil sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti konusunda istikrarın devamını sağlayacak olduğu düşünülmektedir.

Araştırma bulgularında genç yaşta olan hastaların ve eğitim düzeyi yüksek olan hastaların memnuniyet düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir. Verilen 112 acil sağlık hizmetlerinin memnuniyet düzeyi daha düşük olan bu gruplara yönelik daha etkili bir şekilde verilmesi sağlanmalı, sağlık yöneticileri tarafından gerekli önlemler alınmalıdır. Sonuç olarak çağrı karşılayan personel ile iletişim, hastanın durumu hakkında bilgilendirme, daha etkili yönlendirme, ambulansın olay yerine en kısa sürede ulaşımının sağlanması, ambulans personelinin tutum ve davranışlarının daha da iyileştirilerek memnuniyet düzeyi daha da yükseltilebilir.

Diğer yandan yapılan çalışma sonucunda "112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçeği" isimli dört boyutlu ve yirmi altı maddeli ölçüm aracının gerekli geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış, memnuniyet düzeyinin belirlenmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmiştir. Yapılan analiz sonuçları ölçeğin 112 acil sağlık hizmetlerinden hasta memnuniyeti alanında kullanılabileceğini ortaya koymaktadır. Ölçeğin konuyla ilgili bilim dünyasına katkı getirmesini ve hasta memnuniyeti çalışmalarında araştırmacılar tarafından kullanılmasını temenni ediyorum.



## 6. KAYNAKLAR

(<http://www.acilafet.gov.tr/TR,4185/teskilat-semasi.html>) Erişim Tarihi:26.12.2017

Akgül A, 2003. İstatistiksel analiz teknikleri, Ankara, Emek Ofset Ltd.Şti, s. 90-99.

Aksoy F, Ergun A, 2002. Acil sağlık hizmetlerinde ambulansın yeri, Ulusal travma dergisi, 8, 160-65.

Altındış M, 2016. Sağlık kurumları yönetimi-1 açıköğretim ders kitabı, Erzurum, Atatürk üniversitesi açıköğretim fakültesi yayını, s. 2-20.

Anton S, 1999. A dictionary of the history of medicine, The parthenon publishing group inc, UK.

Arntz H, Bossaert L, Filippatos G, 2007. Akut koroner sendromların başlangıç tedavisi, Avrupa resusitasyon konseyi resusitasyon kılavuzu, İstanbul, 1.baskı, Logos yayıncılık, s. 87-97.

Arreola-Risa C, Mock CN, Lojero-Wheatly L, Cruz O, Garcia C, Canavati-Ayub F , 2000. Low-cost improvement in prehospital trauma care in latin american city. Journal of trauma, 48, 119-20.

Atilla R, 2010. Dünya'da ve Türkiye'de acil tıp. Tüm yönleriyle acil tıp: Tanı tedavi ve uygulama kitabı, İstanbul, Nobel kitabevi, s. 3-8.

Batı S, 2012. Sağlık bakanlığına bağlı hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin hastalara müdahalelerinin hastane öncesi acil tıbbi bakım yetişkin ve çocuk uygulama kılavuzu akış şemalarına uygunluğunun değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Batı S, 2014. 112 acil sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti düzeyinin belirlenmesi, Erişim adresi: <https://www.slideserve.com/velma-alexander/112-ac-l-sa-lik-h-zmetler-nde-hasta-memnun-yet-d-zey-n-n-bel-rlenmes>, Erişim tarihi: 01.04.2018.

Berry LL, Zeithaml VA, Parasuraman A, 1985. Quality counts in services, too, Business horizons, 51, s. 29-40.

Blomstedt K, Nilsson H, Johansson A, 2013. The public's perception of prehospital emergency care in the County of Skane, southern Sweden, International Emergency Nursing, 21(2), p. 136-42.

Bogomolava S, Kapulski N, 2014. Council of Ambulance Authorities Patient Satisfaction Survey 2014.

Bogomolova S, Tan PJ, Dun SP, Bizjak-Mikic M, 2016. Understanding the factors that influence patient satisfaction with ambulance services, Journal of Health Marketing Quarterly, 33(2), p. 163-80.

Bol P, Gül G, Erbaycu AE, 2015. Bir eğitim araştırma hastanesinde sağlık hizmeti sunum süreçlerinin tüm basamaklarına yönelik hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi, Pamukkale Tıp Dergisi, 8(2), s. 110-21.

Büber R, Başer H, 2012. Sağlık işletmelerinde müşteri memnuniyeti: Vakıf üniversitesi hastanesinde bir uygulama, Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, 4 (1), s. 265-72.

Büyüköztürk Ş, 2002. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı, Educational Administration in Theory and Practice, 32, s. 470-82.

Carr-Hill AR, 1992. The measurement of patient satisfaction, Public health med, 14, s. 236-50.

Çetintürk İ, 2016. Hasta memnuniyeti, hasta sadakati ve demografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi, The journal of academic social science studies, 50, s. 203-04.

Çoban Gİ, 2006. Hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Demirhan N, 2003. Türkiye'de 112 ilk ve acil yardım hizmetleri ve afetlerdeki rolü, 1.baskı, İstanbul, Nobel tıp kitabevleri, s. 70-106.

Derin N, Demirel ET, 2013. Sağlık hizmetlerinde kalitenin göstergesi olan hasta memnuniyetine yönelik ölçek geliştirme çalışması, The journal of academic social science studies, 6(2), s.1113-14.

Dick WF, 2003. Anglo-Amerikan vs. Franco-German emergency medical services system, Prehospital and disaster medicine, s. 30-37.

- Dinç D, Ünal PC, Topsever P, Özyavaş S, 2009. Hasta memnuniyeti ve yönetim sistemi: Çözüm ortağı hekim, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 13(2), s. 93-95.
- Düzova S, 2015. 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin iş doyumu: Ankara ili örneği, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Ege R, 1995. Kaza hastalık ve yaralanmalarda ilk ve acil yardım, Ankara, s. 2-3.
- Erdem Ş, 2007. Sağlık hizmetleri pazarlaması: hastaların sunulan hizmetlerin kalitesini algılamaları üzerine bir uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Erdugan F, Yörübulut S, Şahin E, Öncel SY, 2017. Kırıkkale üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde hasta ve çalışan memnuniyeti, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9(18), s. 165-75.
- Eshghi M, Rahmani F, Derakhti B, Robai N, Abdollahi F, Tajoddini S, 2016. Patient satisfaction in the emergency department: a case of Sina hospital in Tabriz, Journal of Emergency Practice and Trauma, 2(1), p. 16-20.
- Fişek N, 1982. Sağlık hizmetleri ve işçi sağlığı ailelerinin sağlık sorunları, Ankara, Türk-İş yayınları, s. 2-10.
- Güven M, Çevik Eİ, 2008. İç paydaş olarak akademik personel memnuniyetini etkileyen faktörlerin analizi: Zonguldak karaelmas üniversitesi örneği, ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 4(8), s. 1-18.
- Halter M, Marlow T, Tye C, Ellison GT, 2006. Patients' experiences of care provided by emergency care practitioners and traditional ambulance practitioners: a survey from the London Ambulance Service, Emergency Medicine Journal, 23(11) p. 865-66.
- Hayran O, Sur H, 1998. Sağlık hizmetleri el kitabı, İstanbul, Yüce Yayın A.Ş., s. 10-20.
- Hazır T, 2000. Dayanıklılığın değerlendirilmesinde mekik koşulunun güvenilirliği ve geçerliliği, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Holtermann KA, Gonzalez AGR, 2003. Emergency medical services system development: lessons learned from the united states of america for developing countries, PAHO, Washington, DC.
- İnan F, Sofuoğlu T, 2006. Acil sağlık hizmetleri acil hekimliği temel eğitim kitabı, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 692, Onur Matbaacılık Ltd. Şti.
- Johansson A, Ekwall A, Wihlborg J, 2011. Patient satisfaction with ambulance care services: Survey from two districts in southern Sweden, International Emergency Nursing, 19(2), p. 86-89.
- Karagöz Y, Kınır S, Güvendi F, 2016. Yapısal eşitlik modellemesi ile hasta memnuniyeti ölçeğinin geliştirilmesi, Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi, 7(13), s. 140-55.
- Karagöz Y, Kösterelioğlu İ, 2008. İletişim becerileri değerlendirme ölçeğinin faktör analizi metodu ile geliştirilmesi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 21, s. 81-98.
- Karakafioğlu M, 1998. Sağlık hizmetleri pazarlaması, İstanbul, İstanbul üniversitesi işletme fakültesi yayını, s. 108-10.
- Kavuncubaşı Ş, 2000. Hastane ve sağlık kurumları yönetimi, Ankara, Siyasal kitabevi, s. 34-40.
- Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S, 2010. Hastane ve sağlık kurumları yönetimi, 2.baskı, Ankara, Siyasal kitabevi, s. 15-73.
- Kıdak L, Aksaraylı M, 2008. Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 10(3), s. 93-94.
- Kılınç CÇ, 2009. Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların tatmin olma düzeyleri, TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(3), s. 239-45.
- Kızılcılık S, 1996. Türkiye'nin sağlık sistemi bir medikal sosyoloji denemesi, İzmir, Saray kitabevleri, s. 80-85.
- Köksal G, 2010. 112 Acil sağlık hizmetlerinin yönetim ve organizasyon yapısının iş sağlığı ve güvenliği sorunları üzerine etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Kurtulmuş S, 1998. Sağlık ekonomisi ve hastane yönetimi, İstanbul, Değişim dinamikleri yayınları, s. 86-90.
- Küçük KS, 2014. Şanlıurfa 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının kişisel koruyucu donanım kullanım sıklığı, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Lawshe CH, 1975. A quantitative approach to content validity, *Personnel Psychology*, 28, p. 563-70.
- Levi F, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C, 2002. Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in europe and other areas of the world, *Heart*, 88, 119-24.
- Luk S, Jacobs L, Ciraluo D, Cortes V, Sable A, Dowel V, 1999. Outcome assessment of physiologic and clinical predictors of survival in patients after traumatic injury with a trauma score less than 5, *Journal trauma*, 46, 122-25.
- NHTSA, 2017. What is EMS ? Erişim adresi: (<https://www.ems.gov/whatisems.html>). Erişim tarihi: 20 Aralık 2017.
- O'meara P, 2003. Ambulance satisfaction surveys: Their utility in policy development, system change and professional practice, *Journal of Emergency Primary Health Care (JEPHC)*, 1(3), p. 1-10.
- Oruç O, Taş H, 2014. Acil servise başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(2), s. 131-35.
- Örselli E, Bayrakçı E, 2017. Vatandaş karnesi: Yerel hizmetlerde vatandaş memnuniyeti nasıl sağlanır?, *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(4), s. 1-13.
- Öven VA, Pekdemir D, 2005. Faktör analizi ile ofis kira değerini etkileyen parametrelerin belirlenmesi, *İTÜ Dergisi*, 4(2), s. 3-13.
- Özata M, Altuncan H, 2010. Hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeğinin geliştirilmesi ve geçerlilik güvenilirlik analizinin yapılması, 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, 1.cilt, s. 415-28.
- Özdamar K, 2010. Pasw ile biyoistatistik, Eskişehir, Kaan Kitabevi, s. 251-52.
- Özel G, 2010. Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde kullanılacak performans göstergelerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özgirin K, Taş Y, 1996. Hastane yönetiminde kalite uygulamaları ve toplam kalite yönetimi projesi kapsamında personel memnuniyeti ölçme çalışması, Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ve performans ölçümü sempozyumu, Ankara, s. 33-40.
- Öztürk M, 2000. Çağdaş hastane yöneticiliği sorunlar ve yaklaşımlar, İstanbul, MTM yayınları, s. 142-43.
- Öztürk YE, Öncel H, Ördek E, 2013. Konya selçuklu ilçesinde 112 acil servis istasyonları yerleşim modeli, *Selçuk üniversitesi mühendislik bilim ve teknoloji dergisi*, 1, 19-22.
- Razzak JA, Kellermann AL, 2002. Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? *Bulletin of the world health organization*, 80, p. 11.
- Resmi Gazete, 2000. 24046 sayılı acil sağlık hizmetleri yönetmeliği.
- Sayım F, 2015. Sağlık hizmetinin özellikleri, *Akademik arge dergisi-sosyal bilimler*, 15, s. 2-3.
- Sharifi M, Baraz S, Mohammadi F, Ramezani M, Vardanjani SA, 2012. Patients perception and satisfaction of the ambulance service at Shahrekord, Iran, *Life Science Journal*, 9(4), p. 2-6.
- Sofuoğlu T, 2007. Dünyada ambulans servislerinin gelişimi, 3. ambulans rallisi ve acil sağlık hizmetleri kongre kitabı, Ankara.
- Soleimanpour H, Gholipouri C, Salarilak S, Raoufi P, Vahidi RG, Rouhi AJ, Ghafouri RR, Soleimanpour M, 2011. Emergency department patient satisfaction survey in imam reza hospital, Tebriz, İran, *International Journal of Emergency Medicine*, 4(2), p. 1-6.
- Soysal M, Kenanoğlu GT, Emre A, Hameşoğlu S, 1993. Hastanelerde bilgisayar kullanımı, Ankara, Milli produktivite merkezi yayınları, s. 57-80.

- Sögüt Ö, Al B, 2009. Kafa travmalı hastalarda hastane öncesi yaklaşım ve acil serviste yönetim, Genel tıp dergisi, 19, s. 85-90.
- Söylemez H, 2009. Üroloji poliklinik hastalarında üriner sistem ultrasonografisinin hasta memnuniyeti üzerine etkisi, Dicle Tıp Dergisi, 36(2), s. 110-17.
- Sultana A, Riaz R, Hameed S, Sabir SA, Tehseen İ, Bilal A, Hayat M, 2010. Patient satisfaction in emergency department of Disrict Head Quarters Hospital, Rawalpindi, Rawal Medical Journal, 35, p. 1-9.
- Şenol V, Naçar M, Doğan M., Argün M, Çetinkaya F, 2013. Kayseri ilinde halkın 112 acil yardım hizmetleri hakkında bilgi, düşünce ve memnuniyet düzeyleri, 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, s. 239-40.
- Tabak RS, Somyürek Hİ, 2007. Hemşireler için ilk yardım ve acil bakım kitabı, 1.baskı, İstanbul, Palme yayınları, s. 10-20.
- Taşlıyan M, Akyüz M, 2010. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyet araştırması: Malatya devlet hastanesinde bir alan çalışması, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 1(1), s. 61-65.
- Taşlıyan M, Gök S, 2012. Kamu ve özel hastanelerde hasta memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta bir alan çalışması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Dergisi, 2(1), s. 69-78.
- Taylor C, Bengner J, 2004. Patient satisfaction in emergency medicine, Emergency Medicine Journal, 21(5), p. 528-30.
- Tezcan D, Yücel MH, Ünal UB, Edirne T, 2014. Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hasta memnuniyeti, Pamukkale tıp dergisi, 7(1), s. 57-61.
- Thomas TL, 2005. Developing and implementing emergency medicine programs globally, Emergency medicine clinics of north america, 23, s.178-80.
- Toker F, 1999. Sağlık hizmetleri yönetimini diğer yönetimlerden ayıran temel özellikler, Modern hastane yönetimi, 3, 10-15.
- Top M, Tarcan M, Güler H, Tekingündüz S, 2010. Hastane sektöründe yatan hastaların hasta tatmini ve hastane kalitesi algılamalarının değerlendirilmesi, Akademik bakış dergisi, 22, s. 4.
- Türkçüer İ, 2005. Acil serviste hasta memnuniyeti: Literatürün gözden geçirilmesi ve klinik pratikteki yansımaları, Türkiye Acil Tıp Dergisi, 5(1), s. 52-54.
- Türkdemir AH, Erarlan S, Güleç MA, Aksoy M, 2007. Ankara 112 il ambulans servisinden yararlanan vaka yakınlarının hizmetten memnuniyet düzeylerinin zaman ve ilgili faktörlerle ilişkisi, 4. Ulusal Acil Tıp Kongresi Kitabı, Antalya, s. 18-19.
- Türkuğur Ü, Alıcı B, Uzuntarla Y, Güleç M, 2016. Yatan hasta memnuniyetinin incelenmesi: Bir eğitim hastanesi örneği, Gülhane Tıp Dergisi, 58, s. 170-73.
- William P, Kelly S, Robert JB, 2004. Rates and external causes of blunt head trauma in Ontario; analysis and review of Ontario trauma registry datasets, Chronic disease in canada, 25, p. 30-35.
- Yerebakan M, 2000. Özel hastaneler araştırması mevcut durum, sorunlar ve çözüm önerileri, İstanbul, İstanbul ticaret odası yayını, s. 26-30.
- Yılmaz Aİ, 2014. 112 acil sağlık hizmetleri sunumunu etkileyen faktörler:konya örneği, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz M, 2011. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2, s. 69-75.
- Yurdugül H, 2005. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliliği için kapsam geçerlilik indekslerinin kullanılması, 14. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Kitabı, Denizli, s. 1-4.
- Yurtsever S, 2013. Hastanelerin hizmet kalitesinin hasta tatmin ölçeği ile ölçülmesi: Karabük devlet hastanesinde yatan hastalar üzerinde bir araştırma, Uluslararası İşletme ve Yönetim Dergisi, 1(1), s. 100-23.
- Zaim H, Tarım M, 2010. Hasta memnuniyeti: Kamu hastaneleri üzerine bir alan araştırması, Sosyal Siyaset Konferansları, 59, s. 1-24.

## 7. EKLER

### EK A: ETİK KURUL KARARI



T.C  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK  
KURULU KARARI



Toplantı Sayısı: 05

Toplantı Tarihi : 27.05.2015

**Karar Sayısı 2015/47** Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr.Musa ÖZATA'nın "112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Hasta Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi Ve Hasta Memnuniyet Ölçeğinin Geliştirilmesi" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 25.05.2015 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra Doç.Dr.Musa ÖZATA'nın "112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Hasta Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi Ve Hasta Memnuniyet Ölçeğinin Geliştirilmesi" adlı araştırmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.




## EK B: AKSARAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
AKSARAY


Aksaray Devlet Hastanesinde Sağlık Memuru olarak görev yapmaktayım. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü 133272001012 numaralı Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. "112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Hasta Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi ve Hasta Memnuniyet Ölçeğinin Geliştirilmesi" başlıklı tez çalışmam kapsamında Müdürlüğünüz bünyesinde bulunan, ihtiyaç duyduğum bilgi, belge ve dökümanları kullanmam gerekmektedir.


Söz konusu tez çalışması ve ihtiyaç duyulan belgelerin kullanımı için gerekli yazılı iznin verilmesi hususunda gereğini arz ederim. 03.06.2015

Adres: Aksaray Devlet Hastanesi C Blok  
Genel Yoğun Bakım Servisi  
Tel : 0553 476 59 11

  
Emre KARASU  
Sağlık Memuru  
Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

Sn: KKM hekimim,  
Söz konusu dilekçe sahibinin istediği bilgilerin tarafına verilmesi -  
ve gerekli kolaylıklar sağlanmasını rica edim. 12.06.2015

  
Can CANSIZLAR  
Acil Sağlık Hizmetleri  
Şube Müdürü

AKSARAY VALİLİĞİ	
Sağlık Müdürlüğü	
KAYIT	TARİH
	06.06.2015
	SAYI
	2766
HAVALE	GEREĞİ
	Acil Sağ. Hiz.
	BİLGİ
	



## 8. ÖZGEÇMİŞ

30 Eylül 1991 tarihinde Samsun ili Bafra ilçesinde doğan yazar, ilkokulu Bafra Barbaros İlköğretim Okulu, Ortaokulu Bafra Cumhuriyet İlköğretim Okulunda tamamladıktan sonra lise giriş sınavlarında Bafra Sağlık Meslek Lisesi Acil Tıp Teknisyenliği bölümünü kazandı. 4 yıllık lise eğitimini 2009 yılında tamamladıktan sonra üniversite giriş sınavlarında aynı yıl Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Lisans Programına birinci sırada girdi. 2010 yılında lise düzeyinde KPSS sınavından 90 puan alarak ilk tercihi olan Konya Beyhekim Devlet Hastanesinde memuriyet hayatına başladı.

2013 yılında lisans eğitimini tamamladıktan sonra girdiği Selçuk Üniversitesi Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans programını 2018 yılında tamamladı.

Evli ve 1 çocuk babası olan yazar halen Aksaray Devlet Hastanesinde memuriyet hayatına devam etmektedir.

Sağlık yönetimi alanında akademik çalışmaları devam eden yazar iyi düzeyde İngilizce bilmektedir.